



Depressão e ansiedade e seus fatores associados: um estudo com a população sénior de Vila Nova de Gaia

Discente: MARISA RAQUEL VENÂNCIO DA SILVA

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto para obtenção do
Grau de Mestre em Gerontologia Social

Orientador: Prof. Doutor Óscar Ribeiro

Coorientador: Prof. Hélder Alves

ISSSP, outubro de 2018

Agradecimentos

Neste momento tão importante na minha vida não poderia esquecer os que me são mais queridos: o meu marido, os meus pais, os meus amigos, todos aqueles que de forma direta ou indireta cruzam o meu caminho e alimentam esta minha vontade de continuar. Não foi um processo fácil, por vezes até doloroso, mas foi, sem sombra de dúvida, repleto de emoções e de sabor. E as pequenas vitórias adquiriram vários sabores ao longo deste processo...

De igual forma devo a agradecer aos meus orientadores. Ao Prof. Dr. Óscar Ribeiro, pela confiança e credibilidade que depositou em mim; fez, na verdade, que este “fardo”, em alguns momentos, se tornasse mais pesado, tal era a responsabilidade! O conhecimento e tranquilidade que transmite enriquecem qualquer pessoa que com ele se cruze, e a mim, faz-me orgulhosa do meu caminho. Foi, ao mesmo tempo, um privilégio e uma honra tê-lo como orientador.

Ao Prof. Hélder Alves devo agradecer o entusiasmo pelo trabalho que desenvolvi, a prontidão e a paciência em ensinar-me algo tão novo e desconhecido como a estatística. A ele, uma palavra especial de apreço.

Costumo dizer que tive e tenho muita sorte. Desde que regresssei aos estudos encontrei sempre professores fantásticos e de nobres valores. Um bem-haja a todos eles. Tudo o que partilham comigo não pode senão engrandecer-me enquanto pessoa e enquanto profissional.

Obrigada a todos os que acreditaram em mim e no meu trabalho.

palavras-chave: depressão, ansiedade, idosos

resumo

Objetivos: Este estudo tem como objetivo avaliar a presença de sintomatologia depressiva e ansiosa numa população idosa residente na comunidade e determinar que fatores sociais, sociodemográficos e de saúde lhe estão relacionados.

Método: Trata-se de um estudo quantitativo e transversal, com recurso à aplicação de questionários a uma amostra representativa de 987 idosos do concelho de Vila Nova de Gaia, a viver na comunidade. Foram utilizados, na recolha de dados, um questionário sociodemográfico, a Escala de Depressão Geriátrica de 4 itens (GDS-4), o Inventário de Ansiedade Geriátrica de 5 itens (GAI) e a Escala de Solidão da UCLA de 6 itens. Recorreu-se à análise descritiva dos dados e a análises de regressão logística.

Resultados: De acordo com os resultados obtidos, apura-se que 32.8% da amostra (321 indivíduos) apresentam sintomatologia depressiva e 59.4% (586 indivíduos) apresentam sintomatologia ansiosa. Os dados sugerem que os idosos que avaliam negativamente a sua saúde, que apresentam dificuldades visuais e de mobilidade (andar ou subir degraus), que vivem isolados, que são contactados com mais frequência por outros familiares que não filhos e netos, os que não têm um confidente e os que apresentam valores de solidão superiores à média, têm uma maior probabilidade de desenvolver sintomatologia depressiva. Os idosos que têm maior chance de apresentar sintomatologia ansiosa são mulheres, de grupos etários mais novos, com avaliação negativa da sua saúde e com valores de solidão superiores à média.

Discussão: Este estudo demonstra a importância de considerar dimensões sociodemográficas, sociais e de saúde no diagnóstico de distress emocional, uma vez que identifica fatores de risco para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva e ansiosa. Atuar preventivamente sobre as situações de isolamento social e solidão, assim como apoiar nas dificuldades físicas poderá ser decisivo para promover níveis positivos de bem estar.

keywords: depression, anxiety, older adults

abstract

Objectives: This study aims to assess the presence of depressive and anxiety symptomatology in community-dwelling older adults and determinate its social, sociodemographic and health related factors.

Methods: This is a quantitative and transversal study. A representative sample of 987 older adults living the Vila Nova de Gaia council responded to an extensive assessment protocol that along with a sociodemographic questionnaire included the following instruments: the Geriatric Depression Scale – 4 items (GDS-4), the Geriatric Anxiety Inventory – 5 items (GAI-5), the UCLA Loneliness Scale – 6 items (UCLA-6). Descriptive and logistic regression analyses were performed.

Results: Considering the obtained results, 32.8% of the sample (321 persons) presented depressive symptoms and 59.4% (586 persons) presented anxiety symptoms. Our findings suggest that those older adults who assessed their health in a negative way, who presented visual and mobility (walking or climbing stairs) difficulties, who lived alone, who had more often contact with other family members rather than their children or grandchildren, who had no confident, and those who presented loneliness scores above the average had greater odds of having depressive symptoms. Those older adults who were more likely to present anxiety symptoms were women, of younger ages, had a negative health self-perception, and presented loneliness scores above the average.

Discussion: This study shows the importance of considering sociodemographic, social and health factors in the diagnosis of emotional distress, as there can include important risk factors for the development of depressive and anxious symptoms. Preventive actions on specific situations of social isolation and loneliness, along with supportive initiatives targeting physical problems may be decisive for promoting wellbeing.

Índice

1.	Introdução	1
2.	Sobre o envelhecimento populacional e o envelhecimento individual	3
3.	Depressão nos mais velhos	9
4.	Ansiedade nos mais velhos	15
5.	Objetivos.....	19
6.	Metodologia	22
6.1.	Seleção da amostra e procedimentos de recolha de dados.....	24
6.2.	Instrumentos	32
6.2.1.	<i>Geriatric Depression Scale (GDS-4)</i>	35
6.2.2.	<i>Geriatric Anxiety Inventory – Short Form (GAI-SF)</i>	36
6.2.3.	Escala de Solidão da <i>UCLA</i>	37
6.3.	Análise e tratamento de dados.....	39
7.	Resultados.....	40
8.	Discussão de resultados	57
9.	Implicações do estudo.....	63
10.	Algumas limitações	65
Bibliografia		66
Webgrafia		73
Apêndices		

Índice de quadros

Quadro 1: População residente, população residente com 65 ou mais anos e rácio da população idosa 24

Quadro 2: Distribuição dos indivíduos a inquirir, segundo o sexo masculino..... 26

Quadro 3: Distribuição dos indivíduos a inquirir, segundo o sexo feminino..... 29

Índice de figuras

Figura 1: Pirâmide etária europeia, dados de 2008 e projecções para 2060 (dados referentes a 27 Estados Membros da União Europeia).....	3
Figura 2: Esquematização dos objetivos do estudo (Depressão/GDS)	20
Figura 3: Esquematização dos objetivos do estudo (Ansiedade/GAI).....	21
Figura 4: Mapa do concelho de Vila Nova de Gaia	22
Figura 5: Domínios do inquérito por questionários	23
Figura 6: Variáveis sociodemográficas (idade).....	32
Figura 7: Variáveis sociodemográficas (freguesia de residência).....	32
Figura 8: Variáveis sociodemográficas (sexo e estado civil).....	33
Figura 9: Variáveis sociodemográficas (habilitações literárias)	33
Figura 10: Variáveis da dimensão “saúde”	34
Figura 11: Situação (isolado/não isolado).....	34
Figura 12: Frequência de contactos.....	35
Figura 13: Prestação de cuidados a terceiros	35
Figura 14: Existência de confidentes	35

Índice de tabelas

Tabela 1: Variação da população segundo os grupos etários, entre 2004 e 2014, nos 28 Estados Membros da União Europeia.....	4
Tabela 2: Escala de Depressão Geriátrica (GDS-4)	36
Tabela 3: Geriatric Anxiety Inventory (GAI-SF).....	37
Tabela 4: UCLA Loneliness Scale (ULS-6)	38
Tabela 5: Distribuição dos inquéritos por freguesia/uniões de freguesia	41
Tabela 6: Caraterização dos participantes segundo o sexo, tipologia da freguesia de residência, escalões etários, estado civil e habilitações literárias.....	42
Tabela 7: Distribuição dos participantes por grupo etário, média, mínima e máxima.....	42
Tabela 8: Comparação entre a GDS de acordo com as restantes caraterísticas das dimensões “Sociodemográfica”, “Saúde” e “Social” (distribuições de frequência e teste do qui-quadrado)	47
Tabela 9: Comparação entre a GAI de acordo com as restantes caraterísticas das dimensões “Sociodemográficas”, “Saúde” e “Social (distribuições de frequência e teste do qui-quadrado)	50
Tabela 10: Ajuste dos coeficientes de regressão logística a cada uma das variáveis explicativas (GDS)	55
Tabela 11: Ajuste dos coeficientes de regressão logística a cada uma das variáveis explicativas (GAI)	56

Índice de gráficos

Gráfico 1: Avaliação do estado de saúde	43
Gráfico 2: Grau de dificuldade sentido diariamente devido a problemas decorrentes de saúde ou da idade (envelhecimento)	44
Gráfico 3: Tipologia de famílias	45
Gráfico 4: Prestação de cuidados a terceiros.....	46
Gráfico 5: Avaliação das relações sociais (UCLA-6)	46

Glossário de siglas

ANX: Ansiedade

CID-10: International Classification Diseases-10

DEP: Depressão

DSM-5: American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual, 5th edition

EM: Empresa Municipal

GAI: Geriatric Anxiety Inventory

GDS: Geriatric Depression Scale

INE: Instituto Nacional de Estatística

OMS: Organização Mundial de Saúde

UCLA: University of California, Los Angeles

UE: União Europeia

ULS: UCLA Loneliness Scale

1. Introdução

A presente dissertação versa sobre duas condições emocionais frequentemente observadas na população idosa – depressão e ansiedade -, e procura estimar a relação entre estas e fatores que as podem influenciar, designadamente de índole sociodemográfica, social e de saúde. Parte de um estudo maior realizado pelo Instituto Superior de Serviço Social do Porto, em parceria com a Gaiurb, E.M. e com a Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia: o Plano Gerontológico Municipal de Vila Nova de Gaia.

As questões relacionadas com o distress emocional, designadamente doenças como a depressão e a ansiedade, na população idosa são uma preocupação nos tempos que correm. Verificam-se, cada vez mais, situações limite de distress emocional que conduzem a finais trágicos. O suicídio, por exemplo, é cada vez mais comum entre os mais velhos, o que nos deve alertar para o sofrimento extremo que é vivenciado por aqueles que praticam este ato. A presente dissertação surge como uma chamada de atenção para os números da depressão e da ansiedade geriátrica no nosso país, bem como para os fatores que as influenciam.

De acordo com o Retrato da Saúde (Ministério da Saúde, 2018), as pessoas com nível educacional mais elevado têm menor probabilidade de virem a sofrer de doenças crónicas, incluindo as doenças do foro mental. O mesmo documento faz referência às doenças e ao impacto que estas têm na mortalidade e morbilidade, identificando a depressão como um dos problemas de saúde que mais afeta a população portuguesa – as perturbações depressiva e ansiosa surgem nos terceiro e quinto lugares, respetivamente, no que concerne às principais doenças causadoras de morbilidade entre as mulheres dos 15 aos 49 anos; a perturbação depressiva sobe para segundo lugar quando nos reportamos às mulheres entre os 50 e os 60 anos. Já na faixa etária mais elevada (≥ 70 anos), a perturbação depressiva surge no quarto lugar. Nos homens, a perturbação depressiva ocupa o quarto lugar das doenças causadoras de morbilidade, nas faixas etárias entre os 15 e os 60 anos.

Na senda do exposto, surge um interesse particular em estudar este tipo de problemas relativos à saúde mental: a preocupação com o estado emocional das pessoas mais velhas é um tema que me é caro, na medida em que durante o meu percurso académico (nomeadamente durante a minha envolvimento no Diagnóstico Gerontológico de Vila Nova de Gaia, que dá origem a esta dissertação) me fui cruzando com pessoas que sofriam verdadeiramente do ponto de vista emocional, o que, aos poucos, foi elevando o meu interesse na matéria. Paralelamente a este interesse particular, o facto de poder realizar um estudo com uma amostra numericamente considerável, como a que foi utilizada para o presente estudo, foi, também, um motivo de peso na minha decisão de enveredar pelos trilhos do Diagnóstico Gerontológico. Além disso, poder

colaborar na elaboração de um Plano Gerontológico, instrumento fulcral na implementação de estratégias que visam uma melhoria da qualidade de vida da população idosa não é, senão, um privilégio acessível ainda a poucos.

A dissertação que aqui se apresenta estrutura-se da seguinte forma: na introdução teórica (capítulos 2, 3 e 4), há uma abordagem teórica ao envelhecimento enquanto fenómeno demográfico e individual, transformações demográficas, alterações à estrutura familiar e principais indicadores de envelhecimento, bem como às principais características da depressão e ansiedade, suas especificidades nos mais velhos e fatores associados. No capítulo 5 são expostos os objetivos do contributo empírico da presente dissertação. O capítulo 6, referente à metodologia, expõe o desenho da investigação, a explicação dos procedimentos de seleção da amostra e de recolha de dados, a descrição dos instrumentos utilizados, bem como dos procedimentos usados na análise e tratamento de dados. O sétimo capítulo corresponde à enunciação dos resultados obtidos na presente investigação e o oitavo capítulo reserva-se à discussão dos mesmos. Por fim, a dissertação termina com uma conclusão e com a exposição de algumas implicações do estudo.

2. Sobre o envelhecimento populacional e o envelhecimento individual

O envelhecimento é um processo natural e expectável que caracteriza uma fase da vida do ser humano onde ocorrem mudanças físicas, psicológicas e sociais. É uma etapa complexa para alguns, considerando todas as transformações envolvidas no processo, pois a sociedade atual tende a ignorar as particularidades inerentes a esse processo, desconsiderando a sua experiência de vida, os seus conhecimentos e toda a sua sabedoria. Ao analisar tais mudanças, entende-se que o envelhecimento é uma fase em que as pessoas passam a refletir sobre a sua própria existência, equacionam as suas vivências e a sua finitude, cada vez mais próxima, os objetivos alcançados, as perdas que tiveram no decorrer da vida, destacando-se os aspetos relacionados com a saúde como uma das dimensões mais afetadas.

O envelhecimento demográfico tem sido uma constante nas últimas décadas, em Portugal como em muitos outros países. Este envelhecimento traduz-se em alterações na estrutura etária da população, a qual se expressa num aumento de indivíduos nos grupos etários mais envelhecidos e que é fruto de um duplo processo, geralmente designado como transição demográfica e que se caracteriza pela passagem de um modelo demográfico onde a fecundidade e a mortalidade são elevadas para um modelo em que estes fenómenos atingem níveis reduzidos (Bandeira, et al., 2014) Por referência à pirâmide de idades, a transição demográfica traduz-se num estreitamento da base, por redução dos efetivos populacionais jovens, e no alargamento do topo, com um número crescente de efetivos populacionais idosos, como se pode verificar na figura abaixo apresentada:

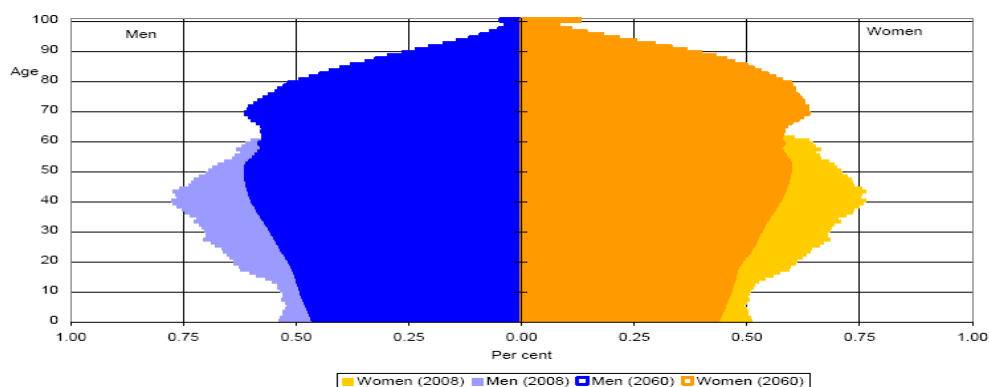


Figura 1: Pirâmide etária europeia, dados de 2008 e projeções para 2060 (dados referentes a 27 Estados Membros da União Europeia)

Fonte: Eurostat¹

¹ Web site de Eurostat, consultado em 29 de março de 2018

O que distingue este fenómeno demográfico é a diminuição da natalidade, bem como a diminuição da mortalidade – esta última pode verificar-se pelo aumento da esperança média de vida que tem vindo a crescer consideravelmente. Já a diminuição da natalidade explica-se, essencialmente, por fatores de ordem socioeconómica, como a industrialização e a generalização do trabalho assalariado, a entrada da mulher no mercado de trabalho (e, por parte de um número crescente destas, um maior investimento na vida profissional), a crescente participação da mulher na vida cívica e no sistema de ensino, a precariedade das relações familiares e, em particular, conjugais, a dispersão geográfica dos núcleos familiares em virtude da urbanização e as alterações do estilo de vida que levam a valorizar cada vez mais o conforto material (Bandeira, et al., 2014). Em consequência de todas estas mudanças, as mulheres (os casais) passaram a recorrer cada vez mais ao planeamento familiar, reduzindo o número de filhos por família. Por sua vez, a diminuição da mortalidade e consequente aumento da esperança média de vida são devidos a melhorias nutricionais, das condições de habitação e dos cuidados de saúde, bem como a melhorias nas condições de trabalho (mais regulamentadas: determinação de horário de trabalho, melhoria das remunerações, controlo sobre as condições ambientais e prevenção da sinistralidade, entre outras).

	0–14 years old		15–64 years old		65 years old or over	
	2004	2014	2004	2014	2004	2014
EU-28 (*)	16.4	15.6	67.2	65.8	16.4	16.5
Belgium (*)	17.3	17.0	65.6	65.2	17.1	17.8
Bulgaria	14.1	13.7	68.6	66.7	17.3	19.6
Czech Republic	15.2	15.0	70.9	67.6	14.0	17.4
Denmark	18.9	17.2	66.2	64.5	14.9	18.2
Germany (*)	14.7	13.1	67.3	66.1	18.0	20.8
Estonia (*)	15.8	15.8	67.9	65.8	16.2	18.4
Ireland	20.9	22.0	68.0	65.4	11.1	12.6
Greece	14.9	14.7	67.1	64.9	18.0	20.5
Spain	14.6	15.2	68.6	66.6	16.8	18.1
France (*)	18.8	18.6	65.0	63.5	16.2	18.0
Croatia (*)	16.1	14.8	66.7	66.8	17.1	18.4
Italy	14.2	13.9	66.6	64.7	19.2	21.4
Cyprus	20.4	16.3	67.7	69.9	11.9	13.9
Latvia	15.5	14.7	68.3	66.3	16.2	19.1
Lithuania	17.6	14.6	67.0	67.0	15.4	18.4
Luxembourg (*)	18.7	16.8	67.3	69.1	14.0	14.1
Hungary (*)	15.9	14.4	68.6	68.0	15.5	17.5
Malta	18.2	14.4	68.8	67.7	13.0	17.9
Netherlands	18.5	16.9	67.6	65.7	13.8	17.3
Austria	16.3	14.3	68.1	67.4	15.5	18.3
Poland (*)	17.2	15.0	69.8	70.1	13.0	14.9
Portugal	16.0	14.6	67.1	65.6	16.9	19.9
Romania	17.5	15.5	68.3	67.9	14.1	16.5
Slovenia (*)	14.6	14.6	70.4	67.9	15.0	17.5
Slovakia	17.6	15.3	70.8	71.2	11.6	13.5
Finland	17.6	16.4	66.8	64.2	15.6	19.4
Sweden	17.8	17.1	65.0	63.5	17.2	19.4
United Kingdom	18.3	17.6	65.8	64.8	15.9	17.5
Iceland	22.6	20.5	65.6	66.3	11.8	13.2
Liechtenstein	18.0	15.2	71.3	69.3	10.8	15.5
Norway	19.9	18.2	65.4	65.9	14.7	15.9
Switzerland (*)	16.5	14.9	67.7	67.6	15.7	17.6
Montenegro (*)	21.0	18.6	66.7	68.1	12.2	13.3
FYR of Macedonia (*)	20.5	16.9	68.8	70.7	10.7	12.4
Albania	27.3	19.2	64.6	68.8	8.1	12.0
Serbia (*)	15.9	14.3	67.1	67.7	17.0	18.0
Turkey	29.0	24.6	65.3	67.8	5.7	7.7

(*) Break in time series in various years between 2004 and 2014.
(*) The population of unknown age is redistributed for calculating the age structure.
Source: Eurostat (online data code: demo_pjanind)

Tabela 1: Variação da população segundo os grupos etários, entre 2004 e 2014, nos 28 Estados Membros da União Europeia

Fonte: Eurostat²

² Web site de Eurostat, consultado em 29 de março de 2018

A tabela 1 ilustra, de uma forma geral, uma diminuição da população entre os 0 e os 14 anos, enquanto se verifica um aumento da população com 65+ anos. Tal facto é observável em quase todos os 28 países da UE, à exceção da Irlanda e da Espanha que apresentam um aumento da população entre os 0 e os 14 anos. No entanto, nos 28 Estados Membros da UE, pôde verificar-se um aumento da população com 65 ou mais anos o que corrobora as projeções e os estudos que apontam para o envelhecimento da população (INE, 2015).

De acordo com o INE, a população residente em Portugal tenderá a diminuir até 2060, em qualquer dos cenários de projeção. No cenário central a população diminui de 10.5 milhões de pessoas, em 2012, para 8.6 milhões de pessoas, em 2060 (INE, 2014). Para além do declínio populacional, esperam-se alterações da estrutura etária da população, resultando num continuado e forte envelhecimento demográfico, tal como o projetado pelo Eurostat (Eurostat, 2018). Assim, entre 2012 e 2060, o índice de envelhecimento estima-se que aumente de 131 para 307 idosos por cada 100 jovens, no cenário central. Nesse mesmo período e cenário, o índice de sustentabilidade potencial passará de 340 para 149 pessoas em idade ativa por cada 100 idosos. Refletindo sobre estes números torna-se premente a adoção de medidas que culminem numa melhor forma de cuidar dos nossos idosos, de lhes proporcionar bem-estar e qualidade de vida.

Na atualidade envelhecer tornou-se, simultaneamente, um privilégio e um desafio: os avanços da medicina permitem que o ser humano viva mais anos, o que quer dizer que são muitos os que chegam a velhos, privilégio não concedido às gerações dos nossos antepassados não muito longínquos. No entanto, sobreviver a esta passagem do tempo tem sido sinónimo de alegria e sabedoria para uns, de desesperança para outros. Nesse sentido, é justo afirmarmos que muitas são as formas de viver a velhice no quotidiano, e que essa diversidade é fruto de inúmeros fatores – biológicos, culturais, económicos, sociais, etc. – porque os idosos não são um todo homogéneo. Assim, estudos realizados por Veloso (2011), Rosa (2012), Guedes (2012), entre outros, sob a temática do envelhecimento, vêm demonstrar que ao indivíduo que trabalha durante longos anos, já não é suficiente um tempo de reforma sem trabalho; tornou-se imprescindível dar sentido à vida após a entrada na reforma, que se espera seja um tempo cada vez mais longo.

A ocorrência da reforma e a vivência da condição de reformado são realidades suscetíveis de gerar um conjunto de percepções, expectativas, sentimentos e comportamentos com diversas consequências, ao nível da satisfação e do bem-estar psicológico, do relacionamento com os outros, dos hábitos de vida quotidiana e até mesmo da personalidade (Veloso, 2011). A reforma constitui um importante ponto de viragem, quer em termos dos

fatores implicados na transição de um estatuto social de contribuinte ativo para o estatuto de reformado ou aposentado, quer em termos dos fatores implicados na adaptação a este processo e nova condição. Torna-se importante salientar que os agora idosos, durante o curso das suas vidas, assumiram várias posições no campo familiar e profissional que, com o tempo, se desdobraram em vários outros campos, traçando assim a trajetória social construída por múltiplos itinerários, permitindo descobrir a génese e o desencadeamento das diferentes situações e processos através dos quais edificaram as suas vidas (Barros & Barros, 2014). Tais itinerários dão, assim, origem a diferentes modos de envelhecer, levando a que este seja um processo mais ou menos penoso, com mais ou menos qualidade para os que o vivenciam.

Nesse sentido, assistimos atualmente a formas de envelhecimento normal, patológico ou ativo/bem-sucedido, sendo que, no quadro teórico, estes últimos são alvo de diferentes interpretações e reflexões. De acordo com a OMS (2005:13), “envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. Refere-se tanto a um conjunto de dimensões relacionadas com o bem-estar físico, mental e social dos indivíduos ou grupos de indivíduos, como à participação efetiva e contínua nas questões sociais, culturais, económicas e políticas, passando por uma série de programas, definidos e implementados, que levem a uma vivência segura, nas suas mais diversas dimensões. A realçar que estes pilares (saúde, segurança e participação) devem ser elevados a um objetivo único e comum: aumentar a expectativa de uma vida saudável e com qualidade, para todos os indivíduos, nomeadamente os mais frágeis e menos capazes, promovendo a autonomia e a independência, a proteção e a segurança adequada a cada uma das situações, o desenvolvimento do potencial relacional e das capacidades dos mais velhos.

Já para Rowe e Kahn (1998, cit. in Lima, Silva, & Galhardoni, 2008), o envelhecimento bem-sucedido é composto por três fatores: (i) envolvimento com a vida; (ii) manutenção de altos níveis de capacidades funcionais e cognitivas; baixa probabilidade de doença e prática de hábitos saudáveis para redução de riscos. Não residem dúvidas de que estes fatores são essenciais, contudo, essa visão corre o risco de secundarizar as dimensões socioculturais e coletivas, atribuindo a responsabilidade do envelhecimento bem-sucedido ao círculo individual e particular, desresponsabilizando a sociedade, no seu todo, dos contributos que possa ter para um envelhecimento saudável nas suas diversas dimensões (Kahn, 2003, cit. in Lima, Silva, & Galhardoni, 2008).

Do ponto de vista psicológico, a adaptação ao envelhecimento engloba uma multiplicidade de emoções e consequências. O idoso, mais ou menos capaz de lidar com todo

o processo de envelhecer, desenvolve numerosas capacidades de adaptação e estratégias de enfrentamento, positivas ou negativas, de acordo com os traços da sua personalidade (neuroticismo, abertura à experiência, extroversão, agradabilidade, conscienciosidade). De acordo com Fontes e Neri (2015), diante das adversidades, o idoso pode alterar o significado a elas atribuído, reduzir a percepção de perigo dos eventos *stressores*, reduzir a sua exposição aos mesmos, e assim diminuir as próprias reações negativas, mantendo a autoestima e a autoeficácia e criando oportunidades para reverter os efeitos do *stress*. Estas formas de entender e atuar contrastam com a vulnerabilidade, entendida como carência de recursos psicológicos para o enfrentamento; envolvem o manuseamento dos efeitos destrutivos dos riscos e das ameaças à adaptação. Isto significa que, quando o idoso tem desenvolvidos os recursos de resiliência, não cede a fatores de risco biológico, socioeconómico e psicossocial, ou seja, os recursos de resiliência atuam como um escudo protetor contra as adversidades. Segundo as mesmas autoras, a resiliência é entendida como produto da interação entre a natureza, a quantidade e a intensidade dos fatores de risco e das características de personalidade, e a sua função é mitigar os efeitos negativos do *stress* associado aos riscos e adversidades da adaptação do indivíduo. Dois outros conceitos trabalhados pelas autoras são os de plasticidade e de capacidade de reserva: a plasticidade envolve padrões de mudança adaptativa, incluindo aumento, diminuição ou manutenção das capacidades. Na vida adulta e na velhice, esse conceito traduz-se em flexibilidade diante dos *stressores*, que aumentam com o envelhecimento, contrariamente aos limites da plasticidade biológica e comportamental, que tendem a diminuir. A capacidade de reserva diz respeito ao potencial de manutenção e de recuperação dos níveis de adaptação normal, por meio da ativação de recursos latentes. As respostas adaptativas podem variar conforme o contexto, o tempo, a idade, o género, a cultura, o sentimento de autoestima e a auto-percepção de eficácia.

De um modo geral, o aumento dos níveis de *stress* que caracterizam o quotidiano de quem envelhece, associados à diminuição das estratégias de enfrentamento e/ou à necessidade de novas respostas adaptativas podem culminar no desenvolvimento de sintomas depressivos e/ou ansiosos - distress emocional, que segundo Ritsner, Modai e Ponizovsky (2002 cit. in Varela, Pereira, Pereira, & Santos, 2017) pode ser caracterizado como a reação de um indivíduo a fatores indutores de *stress* endógenos e exógenos propiciadores de uma experiência psicológica desagradável associada a um elevado desgaste emocional. Estes fatores podem derivar de determinantes sociais, biológicos (físicos) e psicológicos, tais como a solidão ou o isolamento social, os baixos níveis de resiliência, a homeostase do organismo e os mecanismos específicos de proteção do mesmo que reagem para o defender das ameaças à sua integridade,

a dimensão física, relacionada com o estado de saúde efetivo, e os fatores de ordem cognitiva e/ou comportamental, que compreendem a percepção dos indivíduos face à sua situação atual, a satisfação com a vida, bem como o comportamento manifestado pelos indivíduos diante de todo o processo desencadeado pelo distress emocional (Silva, Goulart, & Guido, 2018). Também a valorização que a pessoa atribui aos diversos domínios da sua vida ao longo de toda a sua trajetória é aqui importante (Palma & Galaz, 2018).

3. Depressão nos mais velhos

A depressão no idoso define-se como a existência de um conjunto de sinais e sintomas que afetam o humor dos indivíduos – síndrome depressivo, conforme definido no *American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual-5 (DSM-5)* e na *International Classification of Diseases-10 (CID-10)*, em indivíduos com mais de 65 anos, e podem ter tido início antes ou depois dessa idade. Trata-se de uma condição comum, recorrente e frequentemente subdiagnosticada e sub-tratada, principalmente ao nível dos cuidados de saúde primários, desde já porque, na generalidade, aqueles com quem o idoso convive tendem a considerar “normal” ou “expectável” alguma tristeza e/ou melancolia numa idade longa, tendo em consideração as constantes perdas que acometem esta população (Pinho, Custódio, & Markdisse, 2009; Medeiros, Fernandes, & Coelho, 2010; Possatto, Silva, Júnior, & Rabelo, 2015).

Quando nos referimos à depressão, devemos ter em consideração que se trata de uma perturbação associada a uma multiplicidade de fatores e manifestações clínicas. De acordo com Del Porto (2000, cit. in Pinho, Custódio, & Markdisse, 2009) o termo “depressão” pode englobar um estado afetivo normal (tristeza), um sintoma, uma síndrome e uma doença. No entendimento deste autor, há diferenças claras entre os quatro conceitos. Assim, a tristeza refere-se a um estado afetivo normal e transitório e surge como resposta adaptativa a situações adversas (perda, derrota, frustração, desapontamento). Os sentimentos de tristeza podem originar momentos de reflexão e de preparação para ações futuras e não devem ser alvo de intervenção e/ou diagnóstico médicos. Os sintomas depressivos podem ocorrer como resposta a *stressores* psicossociais, estando também presentes em variados quadros clínicos, como é o caso da perturbação de *stress* pós-traumático, das demências, do alcoolismo, da esquizofrenia, entre outros. A síndrome depressiva associa alterações do humor (tristeza, apatia, irritabilidade, anedonia, etc.) com outros aspetos, tais como alterações cognitivas, comportamentais, psicomotoras e vegetativas.

A depressão na população idosa caracteriza-se por um elevado grau de sofrimento e de morbilidade e, além da alta prevalência, encontra-se frequentemente associada a outras condições médicas gerais. A depressão pode tornar-se um problema crónico ou recorrente, sobretudo em idosos com saúde física comprometida (Grinberg, 2006). Além de estar associada ao aumento da morbilidade e da mortalidade é, sem dúvida, uma das mais prevalentes patologias psiquiátricas neste grupo populacional (Yaka, Keskinoglu, Ucku, Yener, & Tunca, 2014).

A depressão enquanto doença está classificada no DSM-5 em diversos quadros clínicos, como perturbação depressiva major, perturbação de desregulação do humor disruptivo, perturbação depressiva persistente (distímia), perturbação disfórica pré-menstrual, perturbação depressiva induzida por substância/medicamento, perturbação depressiva devida a outra condição médica, perturbação depressiva com outra especificação ou perturbação depressiva não especificada, que reúnem uma série de critérios para o seu diagnóstico (APA, 2014).

Presentemente, a perturbação depressiva mais estudada é a perturbação depressiva major - a forma mais grave de depressão. De acordo com o DSM-5 (2014), as características essenciais de um episódio depressivo major são o humor deprimido ou a perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades (anedonia), por um período mínimo de duas semanas consecutivas. A presença de um ou de ambos os sintomas deve constituir uma alteração funcional ao estado prévio. O indivíduo também deve experimentar, pelo menos, quatro dos sintomas que se seguem: (1) perda ou ganho de peso significativo; (2) insónia ou hipersónia; (3) agitação ou lentificação psicomotoras; (4) fadiga ou perda de energia; (5) culpa e autodesvalorização; (6) diminuição da capacidade de pensar e de concentração; (7) pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida, tentativa de suicídio ou plano específico para o cometer.

De acordo com Oliveira e colaboradores (2012), para o diagnóstico da depressão, além da observação clínica, são utilizados dados genéticos e recorre-se à utilização de escalas como método de avaliação. Todavia, os critérios descritos no DSM-5 e explanados anteriormente devem ser analisados durante a avaliação. Neste aspeto, é imprescindível para a definição diagnóstica da depressão, necessariamente, a presença de, pelo menos, cinco dos critérios referidos, por um período de duas semanas, associada a disfunção psicossocial ou sofrimento significativo do indivíduo.

Quanto ao tratamento da depressão, vários regimes farmacológicos, associados ou não à psicoterapia, são utilizados pelos profissionais de saúde. Em relação aos pacientes idosos, ao serem consideradas ambas as terapêuticas com a promoção do envolvimento e participação social, a experiência do envelhecimento poderá representar um ganho considerável em qualidade de vida e saúde para o indivíduo. Nessa perspetiva, torna-se importante que a saúde seja vista a partir de um ponto de vista holístico, resultando num trabalho intersetorial e transdisciplinar, de promoção de modos de vida saudáveis por parte dos profissionais das áreas sociais e da saúde que trabalham com os mais velhos.

Para a avaliação da sintomatologia depressiva, os profissionais recorrem a instrumentos que estimam o estado de humor dos indivíduos através da observação direta e do relato

subjetivo. Especificamente para a população idosa, podemos destacar, entre outros, a *Geriatric Depression Scale*, a *Hospital Anxiety and Depression Scale*, o *Patient Health Questionnaire* e a *Cornell Scale for Depression in Dementia* (Baldwin, 2010). A *Geriatric Depression Scale* é um dos instrumentos mais utilizados mundialmente, havendo inúmeros estudos que o utilizam. Nesse sentido, os estudos desenvolvidos por Sousa e colaboradores (2010), Whooley, Stone, & Soghikien (2000) e Garrard e colaboradores (1998) são disso exemplo.

No diagnóstico de depressão geriátrica é importante ter em conta vários aspetos como a comorbilidade e os efeitos colaterais da medicação, mas também o facto de estes pacientes poderem apresentar a comunicação comprometida, taxas mais elevadas de queixas somáticas, bem como niilismo terapêutico (convicção da impossibilidade de cura) (Buckley & Lachman, 2007). De igual modo, embora a característica mais comum dos quadros depressivos seja a presença de queixas referentes a uma sensação de tristeza e vazio, nem todos os pacientes apresentam queixas evidentes de humor triste ou deprimido; os sintomas poderão ser diversificados, havendo referência a estados de fadiga, queixas gastrointestinais, dificuldades de concentração e lentificação psicomotora (Pinho, Custódio, & Markdisse, 2009).

Martins (2008) refere que a depressão no idoso apresenta características distintas de outras faixas etárias, nomeadamente a falta de episódios de tristeza, a apatia, as queixas recorrentes de comprometimento cognitivo, a ansiedade proeminente, a somatização e o excesso de preocupação com o corpo. A mesma autora, citando Simões (1996), acrescenta que, no caso dos pacientes idosos, os sintomas poderão ser relativamente inespecíficos, tais como astenia, perturbações do sono, tristeza e ansiedade e a perda de interesse por atividades habitualmente prazerosas. Como sintomas mais específicos, surge o humor deprimido e a lentidão psicomotora. É ainda importante destacar que o diagnóstico de depressão nos idosos é mais complexo quando comparado ao diagnóstico noutros grupos etários, pois, como ressaltam Piccoloto, Wainer, Benvegnú e Juruena (2001, cit. in Oliveira, Santos, Cruvinel, & Néri, 2006), o próprio processo de envelhecimento apresenta algumas características semelhantes aos sintomas depressivos (como, por exemplo, perturbações do sono, lentificação psicomotora, fadiga ou perda de energia, diminuição da concentração), o que conduz à confusão no diagnóstico.

De acordo com Medeiros, Fernandes, e Coelho (2010), a dor é uma das queixas mais comuns nos pacientes com depressão, surgindo tipicamente de forma exagerada e envolvendo o sistema gastrointestinal, neurológico e músculo-esquelético, entre outros. Os mesmos autores referem que tão importante como considerar a componente física é a história social do paciente,

na medida em que poderá ser essencial para o diagnóstico, visto que a existência de perdas pessoais (cônjuge, amigos, animais de estimação) podem precipitar um episódio depressivo.

De acordo com Beyer (2007) e Büchtemann e colaboradores (2012), na população geriátrica a prevalência de depressão major varia de 1 a 4% e a de depressão minor³ varia de 8 a 16%. A prevalência da depressão no contexto institucional e médico é superior à da comunidade, encontrando-se taxas de depressão em doentes hospitalizados que variam entre os 5 os 44%. Os mesmos autores referem que cerca de 12 a 14% dos idosos residentes em estruturas residenciais apresentam sintomatologia de depressão major, sendo que 17 a 35% apresentam depressão minor ou sintomas clínicos relevantes de depressão. Na população idosa, a incidência e a prevalência de depressão major duplicam entre os 70 e os 85 anos.

Martins (2008) apresenta estudos de prevalência de depressão, cujos valores variam significativamente entre 25 e 72%, em idosos na comunidade. Já os estudos com idosos institucionalizados apresentam valores que variam entre os 14 e os 25%, sensivelmente. A título de exemplo, num estudo levado a cabo por Porcu e colaboradores (2002) no Paraná (Brasil) com idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade, verifica-se que a prevalência de depressão assumia valores de 56 a 60% nos primeiros casos, respetivamente, e de cerca de 23% em idosos residentes na comunidade.

Ao lançarmos um olhar sobre Portugal, verificamos que, num estudo realizado em Bragança por Vaz e Gaspar (2011), 46.7% dos idosos institucionalizados naquela região apresentaram sintomatologia depressiva, sendo que destes, 33.3% apresentaram sintomas congruentes com um quadro de depressão ligeira e 13.4% com um quadro de depressão grave. Na Covilhã, numa investigação levada a cabo por Janela (2012), 28.6% da população idosa a residir na comunidade apresentava sintomas de depressão. Num outro estudo realizado com a população geral, cerca de 12% dos indivíduos apresentaram sintomatologia de depressão grave ou muito grave (Apóstolo, Figueiredo, Mendes, & Rodrigues, 2011).

Cerca de 5 a 15% dos idosos sofrem de depressão associada a alteração funcional, uso excessivo dos recursos de saúde e aumento da mortalidade traduzido pelo aumento das taxas de suicídio e de complicações decorrentes de doenças cardíacas (Medeiros, Fernandes, & Coelho, 2010). É importante salientar que as taxas de suicídio encontradas na população idosa são quase o dobro das que se verificam nas faixas etárias inferiores (Medeiros, Fernandes, & Coelho, 2010; Possatto, Silva, Júnior, & Rabelo, 2015; Nóbrega, Leal, Marques, & Vieira, 2015).

³ A depressão minor é um distúrbio menos severo que a depressão major, sendo que os seus critérios de diagnóstico incluem 2 dos 4 sintomas depressivos previamente descritos, onde pelo menos um é disforia ou anedonia. Todavia, a presença de depressão minor acarreta consequências a nível pessoal ou profissional, comprometendo o funcionamento normal do indivíduo.

Segundo Forlani e colaboradores (2014), não existem diferenças raciais ou étnicas na prevalência da depressão; porém, esta é superior no sexo feminino, em qualquer faixa etária. Os mesmos autores elencam um conjunto de fatores considerados de risco como o isolamento social, a singularidade (devido a situação de viuvez ou de divórcio), condições socioeconómicas precárias, comorbilidades, dor aguda (não controlada), disfunção física e cognitiva, uma má higiene do sono e/ou insónia, utilização de alguns fármacos (de *per se* indutores de sintomatologia depressiva), história familiar de suicídio (ou tentativa) ou de depressão maior. De acordo com Hinrichsen (2008), há uma série de fatores sociais que estão na base da depressão nos mais velhos, considerados como fatores de risco e alavancadores da sintomatologia. São eles:

- Demográficos: mulheres, e com idade avançada;
- Eventos de vida ocorridos na infância: divórcio ou separação dos progenitores, trauma de infância e baixo nível de escolaridade;
- Eventos posteriores: solteiro (singular), menor realização profissional e baixa renda;
- Integração social: baixo envolvimento social ou em atividades religiosas;
- Fatores de vulnerabilidade: saúde física comprometida, prestação de cuidados contínuos a um familiar;
- Fatores protetores: percepção de suporte adequado;
- Agentes precipitadores e estratégias de *coping*: eventos de vida *stressantes*, *coping* focado na emoção.

Os aspetos biológicos, sociais e psicológicos do indivíduo exercem um papel preponderante no desencadeamento e manutenção dos quadros depressivos. Nesse sentido, à depressão associam-se fatores que, de acordo com uma revisão de Pinho, Custódio e Markdisse (2009) incluem, de igual modo: o sexo feminino, o grupo etário mais elevado, a singularidade (designadamente a viuvez), a baixa escolaridade e recursos económicos, a presença de eventos de vida stressores, o suporte social reduzido, a percepção de baixa qualidade de vida e de condições de saúde limitativas, a presença de défices cognitivos, limitações funcionais, histórico psiquiátrico e comorbilidades psiquiátricas, consumo excessivo de álcool, uso de fármacos, presença de doenças físicas agudas e crónicas, dor e comorbilidades.

A depressão surge, também, frequentemente associada a uma diminuição da qualidade de vida e a uma taxa de mortalidade aumentada, visto as tentativas de suicídio serem mais letais, pese embora o facto de serem em menor número, quando comparadas com a população geral

(Grinberg, 2006). Sabe-se também que idosos com depressão podem apresentar modificações cognitivas e funcionais significativas; verifica-se que o comprometimento cognitivo, tal como o sofrimento mental em idosos, eleva a probabilidade de ideação suicida, sendo que as alterações cognitivas mais recorrentes são as funções executivas, défices de atenção e diminuição da velocidade do processamento. O envelhecimento, sendo um processo multifatorial, promove alterações anatómicas e funcionais no organismo. Tais alterações podem resultar no surgimento de doenças crónicas e degenerativas, como doenças pulmonares, hipertensão arterial, osteoporose, artrite, demências ou perturbações mentais, doenças cardíacas, artrose, reumatismo, acidente vascular cerebral e cancro, reduzindo a capacidade funcional e a qualidade de vida do idoso. Todos esses fatores elevam as probabilidades de ideação suicida e da sua própria consumação em idosos (Oliveira, et al., 2018).

De modo a evitar as consequências da sintomatologia depressiva na população idosa, os estudos de rastreio neste grupo populacional revestem-se de particular importância, tanto na prevenção, como na minimização dos sintomas, na medida em que atuando sobre estes, os idosos potenciam a sua qualidade de vida, reduzem a morbilidade e, com isso, podem diminuir a procura e a utilização dos cuidados de saúde primários. Adicionalmente, o uso de instrumentos de rastreio também pode facilitar a intervenção adequada e atempada. Nesse sentido, o diagnóstico precoce da depressão possibilita a intervenção terapêutica, diminui os níveis de *stress*, tanto para os familiares como para o próprio indivíduo, e reduz riscos de comorbilidade. Assim sendo, destaca-se a importância da utilização sistemática desses instrumentos, bem como do reconhecimento das variáveis que possam influenciar no surgimento / fatores de risco.

4. Ansiedade nos mais velhos

De acordo com o DSM-5 (APA, 2014), a ansiedade define-se por uma alteração do comportamento dos indivíduos, relacionada com a antecipação a uma determinada situação ameaçadora, real ou percebida, iminente ou futura. Ou seja, a ansiedade ocorre diante de uma visão catastrófica de determinados acontecimentos, antecipando a iminência de um evento perigoso ou ameaçador. De um modo geral, a ansiedade caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas associados a tensão muscular, estados de vigilância antecipatórios a situações de perigo e a comportamentos de fuga ou evitamento, apreensão e preocupação constantes. A perturbação de ansiedade generalizada é distinta do medo, na medida em que os comportamentos a este associados caracterizam-se por uma resposta emocional a uma ameaça real ou percebida, e não à antecipação a uma situação concreta.

As perturbações de ansiedade envolvem uma panóplia de diagnósticos que partilham características relacionadas com alterações do comportamento, medo e ansiedade excessivos. A perturbação de ansiedade generalizada, designadamente, inclui sintomas como ansiedade e preocupação excessivas, denominada como “apreensão expectante”, durante um período mínimo de 6 meses. Estes sintomas de ansiedade e preocupação são de difícil controlo, e podem versar sobre qualquer domínio da vida quotidiana; interferem negativamente no funcionamento geral do indivíduo, provocando, pelo menos, três dos sintomas que se seguem: (1) agitação, nervosismo ou tensão interior; (2) fadiga fácil; (3) irritabilidade; (4) dificuldades de concentração ou sensação de mente vazia; (5) tensão muscular; (6) perturbações do sono, como dificuldade em adormecer ou manter o sono, ou sono insatisfatório (APA, 2014). De acordo com o DSM-5, para o diagnóstico de perturbação de ansiedade é imprescindível verificar a intensidade dos sintomas e o seu impacto na vida do indivíduo.

A perturbação de ansiedade generalizada pode ser entendida como um desfasamento entre a realidade e a perceção da mesma, considerando-se que os indivíduos portadores desta patologia sobrestimam as situações de perigo, tornando-as excessivas ou desproporcionadas (Dourado, Rolim, Ahnerth, Gonzaga, & Batista, 2018). São indivíduos que relatam situações de inquietação e apreensão durante grande parte da sua vida (senão até toda a sua vida), apesar de o elemento que provoca esta preocupação poder ter variado ao longo dos anos: em crianças a preocupação focava-se na escola, enquanto em adultos se tornou a vida laboral, familiar ou a saúde física. Nesse sentido, o conteúdo das suas inquietações foi-se adaptando às várias fases da vida, e os adultos mais jovens demonstram maior gravidade de sintomas do que os mais velhos (APA, 2014).

De acordo com Cully e Stanley (2008), a perturbação de ansiedade generalizada, caracteriza-se por uma preocupação exagerada, persistente e de difícil controlo, gerando desconforto significativo. Trata-se de uma patologia psiquiátrica crónica com prevalência que varia entre os 3% num ano e os 5% a 12% no decorrer da vida. Segundo Oliveira e colaboradores (2006), caracteriza-se pela presença frequente de sintomas como a insónia, a tensão, a angústia, a irritabilidade, a dificuldade de concentração, bem como sintomas físicos como taquicardia, tonturas, cefaleias, dores musculares, formigueiros e suores. A perturbação de ansiedade generalizada tem impactos significativos na qualidade de vida e funcionamento geral, sendo comparável à perturbação depressiva e doenças clínicas como diabetes e artrite. Afeta mais as mulheres por comparação aos homens, numa proporção de 2 para 1, e é a perturbação de ansiedade mais frequente em idosos (Cully & Stanley, 2008).

Grande parte das perturbações de ansiedade são desenvolvidas durante a infância e tendem a persistir caso não sejam tratadas. Todavia, podem ocorrer em qualquer idade; têm um pico na meia idade e diminuem ao longo dos últimos anos de vida. São mais comuns no sexo feminino, sendo que os indivíduos provenientes de países desenvolvidos/industrializados tendem a relatar mais experiências ao longo da vida passíveis de preencher os critérios para o diagnóstico, onde se incluem os europeus e seus descendentes, contrariamente aos asiáticos, africanos, nativos americanos e habitantes das ilhas do Pacífico. As taxas de remissão completa são muito baixas (APA, 2014). Tal como na população geral, a ansiedade é uma das mais prevalentes perturbações psiquiátricas na população idosa, sobretudo nos indivíduos com menor grau de escolaridade e que apresentam outras doenças físicas (Machado, et al., 2016). Por esses motivos precisa de ser diagnosticada e tratada convenientemente, pensando-se não apenas na melhoria dos sintomas ansiosos, mas também em evitar efeitos colaterais relacionados com o tratamento e adesão (Tomazzoni, 2013).

Na população mais velha com quadros clínicos de ansiedade observam-se com frequência queixas ao nível gastrointestinal, da vitalidade e dos aspetos sociais, verificando-se um retraimento nesta área. Para Skinner e Vaughan (1985, cit. in Oliveira, Santos, Cruvinel, & Néri, 2006), a ansiedade geriátrica está relacionada com as limitações experimentadas na velhice e, na maioria das vezes, interpretadas como ameaçadoras. Os indivíduos que apresentam altos níveis de ansiedade demonstram uma tendência para antecipar a sua incapacidade e questionar as suas habilidades intelectuais. Essas percepções negativas interferem na atenção seletiva, na codificação de informações na memória, bloqueando a compreensão e o raciocínio (Coes, 1991, cit. in Oliveira, Santos, Cruvinel, & Néri, 2006), o que nessa fase da vida poderia ser a diferença entre uma saúde mental boa ou comprometida.

Byrne (2002, cit. in Oliveira, Santos, Cruvinel, & Néri, 2006) destaca que os sintomas de ansiedade são frequentes entre idosos e estão associados, na maioria das vezes, a transtornos depressivos. A ansiedade em idosos com mais de 80 anos foi tema da pesquisa de Xavier e colaboradores (2001), em Porto Alegre (Brasil) na qual apuraram que 10.6% dos 77 idosos participantes apresentavam perturbação de ansiedade generalizada. Estes valores mostraram-se relacionados com sintomas depressivos, nomeadamente perturbação depressiva major e minor. De acordo com os resultados deste estudo não foram demonstradas alterações significativas do sono e da cognição, mas sim uma menor satisfação com a vida e com a qualidade da mesma, assim como uma perceção negativa da saúde em geral, mental e física.

Bryant, Jackson e Ames (2008) revelam que a prevalência de ansiedade em amostras comunitárias varia de 1.2% a 15%, e em contextos clínicos de 1% a 28%. A prevalência de sintomas de ansiedade é muito maior, variando de 15% a 52.3% em amostras comunitárias e de 15% a 56% em amostras clínicas. Os autores referem que estas discrepâncias são, em parte, atribuíveis às inconsistências conceptuais e metodológicas que caracterizam a literatura e os estudos de prevalência realizados. Adicionalmente, de acordo com Cully e Stanley (2008), a prevalência dos sintomas de ansiedade na população idosa varia consideravelmente, tendo em conta a heterogeneidade deste grupo populacional. Os mesmos autores destacam que o local onde os profissionais encontram os pacientes também é um fator relevante, na medida em que idosos institucionalizados ou a residir na comunidade apresentam diferenças em termos de prevalência e gravidade dos sintomas.

As perturbações de ansiedade apresentam, comumente, elevadas comorbilidades entre si, verificando-se um risco mórbido de 0.9% (APA, 2014). Segundo o DSM-5, exames minuciosos têm um papel preponderante no diagnóstico e na distinção dos vários tipos de ansiedade. Habitualmente os sintomas persistem por longos períodos de tempo, tipicamente por 6 ou mais meses. No entanto, esta diretriz temporal deve ser entendida como uma mera orientação, uma vez que há diferenças entre grupos etários e mesmo entre os vários tipos de ansiedade sentidos/diagnosticados. Tal como noutras patologias, o diagnóstico é efetuado por exclusão, ou seja, a ansiedade é diagnosticada quando se excluem outras condições médicas ou fisiológicas, o uso/consumo de substâncias medicamentosas ou outras, ou quando os sintomas não são mais bem explicados por outra perturbação do foro mental.

Para a avaliação diagnóstica psicológica, os profissionais recorrem a instrumentos que procuram aferir a presença de sintomas de ansiedade. À semelhança do que acontece nos rastreios de sintomatologia depressiva, onde se usam instrumentos adequados ao efeito, os instrumentos que avaliam a sintomatologia ansiosa tanto são utilizados em consultas clínicas

(individuais) como em grupos (estudos/investigações). Entre eles podemos destacar, entre outros, o *Geriatric Anxiety Inventory*, a *Worry Scale*, o *Beck Anxiety Inventory* ou a *Hamilton Anxiety Rating Scale* (Cully & Stanley, 2008). O *Geriatric Anxiety Inventory* é um dos instrumentos mais utilizados em estudos epidemiológicos, tais como os desenvolvidos por Rozzini, et al. (2009), Pardal, et al. (2013) e Dijk, et al. (2018), entre outros.

Todavia, seria de investir em estudos acerca da prevalência de ansiedade na população acima dos 65 anos, uma vez que as investigações realizadas com esta faixa etária são escassas e pouco é conhecido acerca da ansiedade na população idosa.

5. Objetivos

O presente estudo é de natureza transversal (Bastos & Duquia, 2007) e quantitativa (Ferreira, 1999; Quivy & Campenhoudt, 2013), e a amostra estudada diz respeito a 987 idosos residentes na comunidade. O objetivo primordial é apurar a prevalência de sintomatologia depressiva e ansiosa em contexto comunitário, designadamente no concelho de Vila Nova de Gaia. Tem ainda como objetivo contribuir para a compreensão da relação entre os fatores sociodemográficos (sexo, escalão etário, estado civil, habilitações literárias e tipologia da freguesia de residência), sociais (situação – isolado/não isolado, frequência de contacto com filhos, netos, irmãos e outros familiares, prestação de cuidados a terceiros, existência de confidente e solidão) e saúde (avaliação subjetiva do estado de saúde, dificuldades visuais, dificuldades auditivas, dificuldades de mobilidade e dificuldades no arranjo pessoal) e a presença de sintomatologia depressiva e de sintomatologia ansiosa.

Nesse sentido, pretende-se especificamente: (i) apurar a prevalência de sintomatologia depressiva e ansiosa e os fatores sociodemográficos, de saúde e sociais associados; (ii) identificar, de entre os fatores associados, aqueles cuja presença aumenta a chance de se ter sintomatologia depressiva e sintomatologia ansiosa.

As figuras 2 e 3, constantes nas páginas seguintes, ilustram as variáveis presentes em cada fator considerado. Tanto para a depressão (GDS) como para a ansiedade (GAI), serão testados fatores sociodemográficos, de saúde e sociais, de modo a verificar se há uma relação significativa.

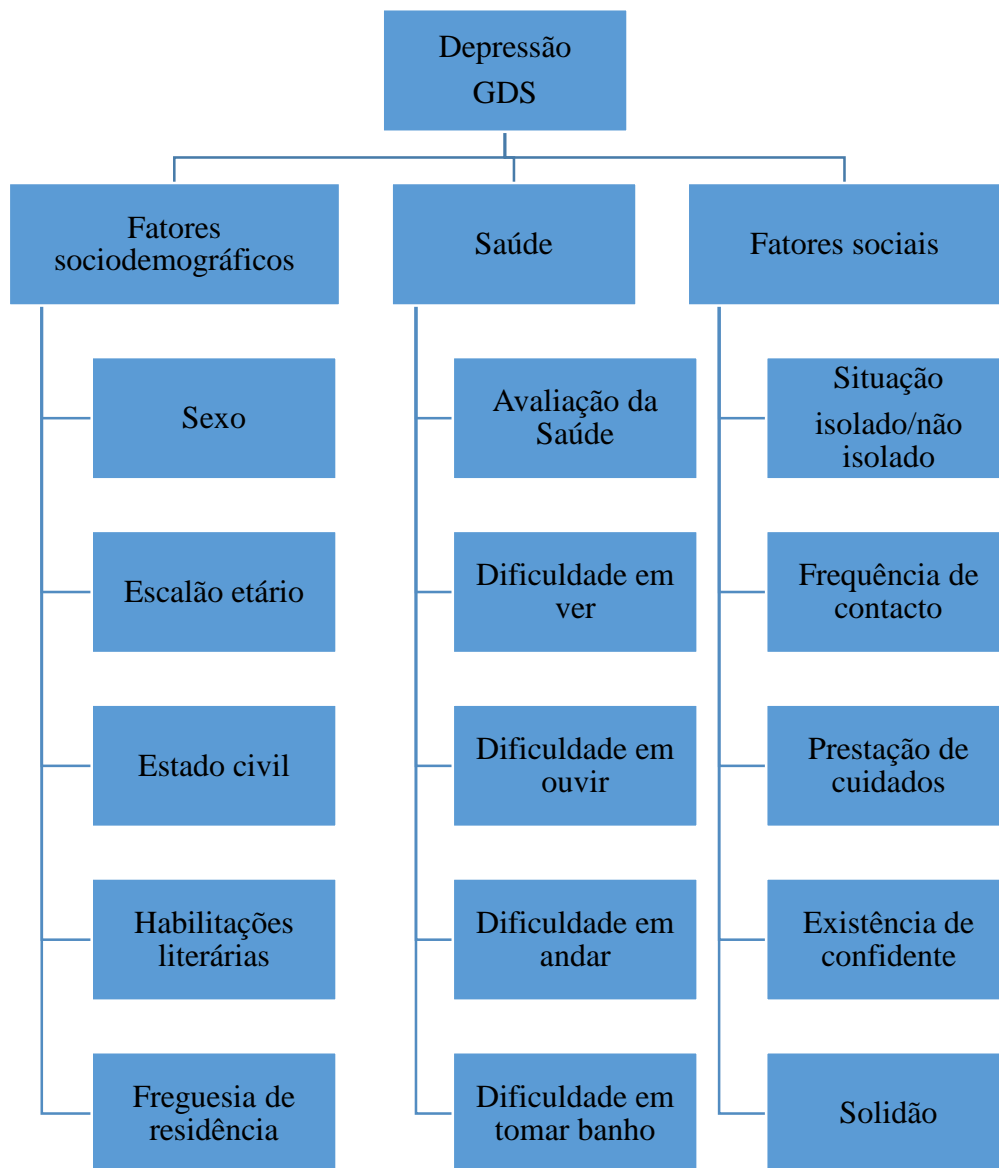


Figura 2: Esquematização dos objetivos do estudo (Depressão/GDS)

Fonte: Elaboração própria

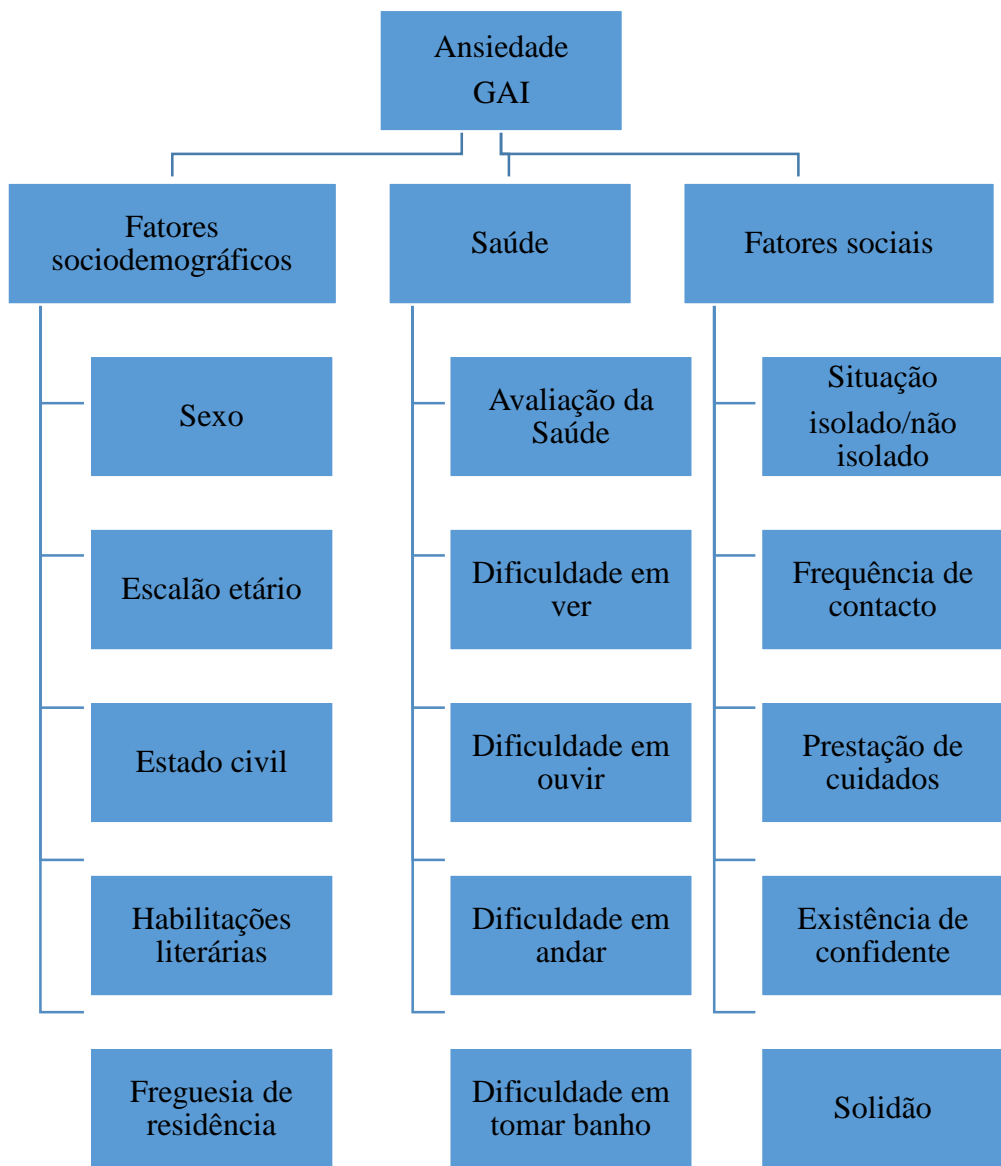


Figura 3: Esquematização dos objetivos do estudo (Ansiedade/GAI)

Fonte: Elaboração própria

6. Metodologia

O presente estudo insere-se no Diagnóstico Gerontológico de Vila Nova de Gaia e surgiu de uma proposta de investigação/intervenção do Instituto Superior de Serviço Social do Porto à Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia e à Gaiurb – Urbanismo e Habitação, EM. Considerando o número de idosos residentes no concelho e os problemas sociais que vivenciam, decidiu-se investir num estudo aprofundado acerca da população idosa de todas as freguesias do concelho, com vista à realização de um Plano Gerontológico, que levasse a cabo uma série de políticas, iniciativas e estratégias de intervenção de carácter público e privado e que visasse a melhoria da qualidade de vida da população geronte. Desta forma, verifica-se que o município de Vila Nova de Gaia está atento aos problemas sociais dos seus munícipes, nomeadamente no que se refere ao envelhecimento.



Figura 4: Mapa do Concelho de Vila Nova de Gaia

Fonte: visitarportugal.pt

A Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia, a Gaiurb – Urbanismo e Habitação, EM e o Instituto Superior de Serviço Social do Porto assinaram um protocolo que define um trabalho concertado entre as três instituições com vista à elaboração do Plano Gerontológico de Vila Nova de Gaia, bem como ao desenvolvimento da formação e investigação na área da Gerontologia Social. Para a elaboração desse plano considerou-se o levantamento de informações sobre cinco grandes áreas, as quais constituíram a base do Diagnóstico Gerontológico Municipal de Vila Nova de Gaia: caracterização sociodemográfica, recursos sociais, ocupação de tempos livres, acessos e mobilidade e saúde (figura 5).

O domínio da caracterização sociodemográfica incluiu a recolha de informação capaz de traçar o perfil dos inquiridos nomeadamente em termos de sexo, idade, nível de escolaridade, condição perante o trabalho, trajetória profissional e rendimentos. O domínio dos recursos sociais incluiu a recolha de informação de caracterização das redes de solidariedade primárias (existência e regularidade de contactos com a família - particularmente filhos -, vizinhos e amigos) e de solidariedade secundária, bem como de situações de prestação de cuidados (tipologia; recetor de cuidados *vs.* assunção do papel de cuidador). Já o domínio dos acessos e mobilidade incluiu a recolha de informações acerca das condições dos inquiridos em termos de transportes usados (tipo; especializados e respetiva regularidade) e dos principais problemas identificados a esse nível na sua área de residência. Neste bloco, inseriram-se, igualmente, questões relativas às condições habitacionais: tipo de habitação, regime de propriedade, infraestruturas básicas, condições de conforto e principais problemas.

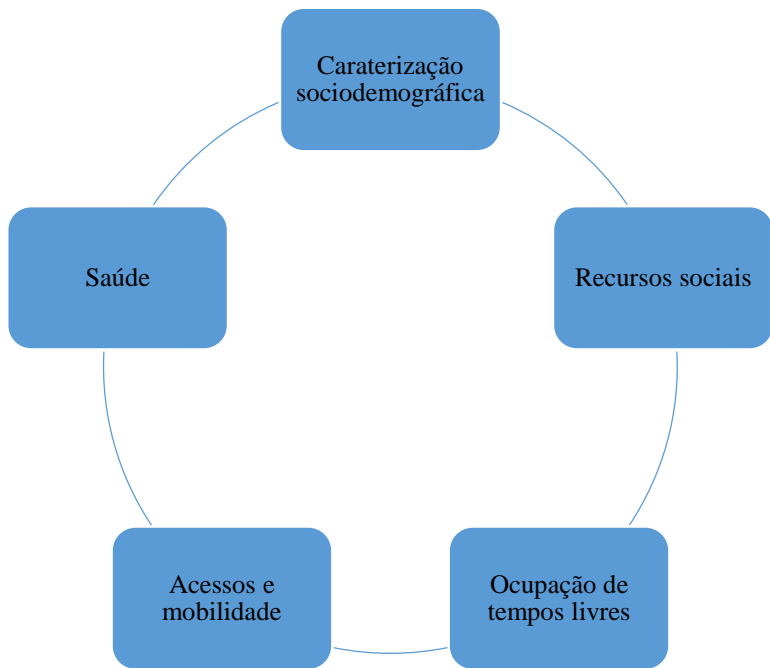


Figura 5: Domínios do inquérito por questionário

Fonte: Elaboração própria

O domínio da ocupação de tempos livres contou com a recolha de informações sobre os hábitos diários dos inquiridos (tipo de atividades realizadas e respetiva regularidade), participação em atividades promovidas por instituições e disponibilidade para participar em projetos (de voluntariado ou outros). Finalmente, o inquérito contou, ainda, com um conjunto de questões sobre saúde, contemplando a avaliação subjetiva do estado de saúde, avaliação das

dificuldades em termos sensoriais (visão e audição), mobilidade, cognição e comunicação, assim como a recolha de informação sobre necessidades de apoio por situação de dependência e respetivos apoios recebidos. Considerou-se, também, uma avaliação de vários parâmetros de funcionamento do Serviço Nacional de Saúde e uma apreciação global da qualidade de vida.

A presente dissertação centrou-se, sobretudo, na informação relativa à área da saúde, tendo também considerado informação relativa à caracterização sociodemográfica e aos recursos sociais. Assume a população-alvo definida pelo Diagnóstico Municipal de Vila Nova de Gaia, cujo procedimento de amostragem e sinalização de seguida se descreve.

6.1. Seleção da amostra e procedimentos de recolha de dados

O quadro 1 representa a população de Portugal, do continente, da região norte, do grande Porto e do concelho de Vila Nova de Gaia. Através deste quadro podemos verificar que a percentagem de população idosa residente no concelho de Vila Nova de Gaia é inferior à percentagem de população residente no concelho do Porto e à média do país. Foi sobre os 46658 habitantes com 65+ anos que se procedeu à definição de uma amostra representativa.

Quadro 1: População residente, população residente com 65 ou mais anos e rácio da população idosa

Fonte: Censos 2011

Território	População residente	População residente total com 65 ou mais anos	Rácio da população idosa
Portugal	10562178	2010064	19%
Continente	10047621	1937788	19%
Norte	3689682	631439	17%
Grande Porto	1287282	213533	17%
Porto	237591	55083	23%
Vila Nova de Gaia	302295	46658	15%

Para a constituição de uma amostra não probabilística por quotas, consideraram-se quatro critérios para a inclusão de respondentes: (i) sexo, (ii) escalão etário (65-74 anos; 75 ou mais anos), (iii) habilitações literárias e (iv) freguesia de residência. Para este último critério, assegurou-se uma participação harmoniosa de indivíduos de todas as freguesias e/ou uniões de freguesia do concelho. Com esta definição da amostra procurou-se garantir a proporcionalidade das variáveis em estudo relativamente à população alvo: indivíduos com 65 ou mais anos residentes no concelho de Vila Nova de Gaia, como se pode verificar nos quadros 2 e 3 (fonte: Inquérito à População Sénior de Vila Nova de Gaia, 2016). Estabeleceram-se como critérios de exclusão: residir em lar de idosos / entidades equiparadas ou beneficiar de um serviço de centro de dia (assumindo-se que o indivíduo passa aí grande parte do seu dia) e apresentar dificuldades cognitivas óbvias na resposta ao inquérito.

Na recolha de dados foi utilizado um inquérito por questionário (ver Apêndice 1), o qual foi aplicado individualmente a 987 indivíduos, na variante de heteroadministração, sendo esta uma técnica adequada ao estudo extensivo de um grande conjunto de indivíduos (Quivy & Campenhoudt, 2013). A todos os participantes foi explicado o objetivo da investigação, qual o procedimento de recolha de dados, bem como foi garantida a confidencialidade e o caráter voluntário da participação. Não foi possível recolher a assinatura de todos os participantes no consentimento informado (ver Apêndice 2), uma vez que, tratando-se de uma população envelhecida, se mostrou receosa quanto ao facto de facultar a assinatura, demonstrando reservas devido à sua vulnerabilidade. Do ponto de vista ético, foi, porém, garantida a veracidade dos dados e a devida autorização para o tratamento e utilização dos mesmos, através de gravação de voz e da presença de uma testemunha, atestando a respetiva autorização.

A aplicação do questionário decorreu em todas as freguesias/uniões de freguesia do concelho, em locais públicos e privados: Juntas de Freguesia, postos de correio, estabelecimentos e zonas comerciais, ruas e habitações dos participantes. A recolha foi efetuada por cerca de 30 inquiridores, alunos da licenciatura e mestrado em Gerontologia Social do Instituto Superior de Serviço Social do Porto, devidamente treinados para o efeito e coordenados pela equipa de investigação. No total foram aplicados 1014 inquéritos por este grupo de entrevistadores; contudo, para efeitos de análise, apenas foram validados 987 inquéritos, uma vez que os restantes não reuniam critérios do ponto de vista ético, i.e., não possuíam o consentimento informado devidamente assinado ou a autorização em gravação de voz, ou, por outro lado, excediam as quotas determinadas metodologicamente.

Quadro 2: Distribuição dos indivíduos a inquirir, segundo o sexo masculino

	Sexo													
	Homens													
	Escalão etário													
	65 - 74 anos							75 e mais anos						
	Habilitações literárias													
Freguesia	Sem nível de escolaridade completo	1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo	Ensino secundário	Ensino pós secundário	Ensino Superior	Sem nível de escolaridade completo	1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo	Ensino secundário	Ensino pós secundário	Ensino Superior
Arcozelo	1	7	1	1	1	0	1	2	5	0	0	1	0	0
São Félix da Marinha	1	7	1	1	0	0	1	2	4	0	0	0	0	0
União de Freguesias de Grijó e Sermonde	1	8	0	0	0	0	0	2	5	0	0	0	0	0
União de Freguesias de Serzedo e Perosinho	2	9	1	1	0	0	0	2	6	0	0	0	0	0
Canidelo	3	14	1	2	1	0	1	2	7	0	1	1	0	0
Madalena	1	6	1	1	1	0	1	1	4	0	1	0	0	0
União de Freguesias de Santa Marinha e São Pedro da Afurada	2	16	3	4	2	0	3	2	11	2	2	1	0	1

(continua)

	Sexo													
	Homens													
	Escalão etário													
	65 - 74 anos							75 e mais anos						
	Habilitações literárias													
Freguesia	Sem nível de escolarida de completo	1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo	Ensino secundário	Ensino pós secundário	Ensino Superior	Sem nível de escolaridade completo	1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo	Ensino secundário	Ensino pós secundário	Ensino Superior
Oliveira do Douro	2	13	1	2	1	0	1	3	9	1	1	0	0	0
União de Freguesias de Gulpilhares e Valadares	2	10	2	2	1	0	2	2	7	1	1	0	0	1
Canelas	1	5	1	1	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0
Vilar de Andorinho	1	8	1	1	1	0	0	2	5	0	0	0	0	0
União de Freguesias de Mafamude e Vilar do Paraíso	3	21	5	7	5	0	6	4	17	3	4	3	0	3
União de Freguesias de Pedroso e Seixezelo	3	11	1	1	1	0	1	3	7	0	0	0	0	0

(continua)

		Sexo												
		Homens												
		Escalão etário												
		65 - 74 anos							75 e mais anos					
		Habilitações literárias												
Freguesia	Sem nível de escolaridade completo	1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo	Ensino secundário	Ensino pós secundário	Ensino Superior	Sem nível de escolaridade completo	1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo	Ensino secundário	Ensino pós secundário	Ensino Superior
União de Freguesias de Sandim, Olival, Lever e Crestuma	2	12	1	0	1	0	0	2	6	0	0	0	0	0
Avintes	1	7	0	0	0	0	0	2	5	0	0	0	0	0
TOTAL	26	155	18	23	16	0	18	34	101	9	11	7	0	7

Quadro 3: Distribuição dos indivíduos a inquirir, segundo o sexo feminino

	Sexo														n para quotas c/ 3% de margem de erro
	Mulheres														
	Escalão etário														
	65 - 74 anos							75 e mais anos							
	Habilitações literárias														
Freguesia	Sem nível de escolarida de completo	1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo	Ensino secundário	Ensino pós secundário	Ensino Superior	Sem nível de escolaridade completo	1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo	Ensino secundário	Ensino pós secundário	Ensino Superior	N=1000
Arcozelo	3	8	0	1	1	0	1	5	5	0	0	1	0	0	47
São Félix da Marinha	4	7	0	0	0	0	1	6	4	0	0	0	0	0	40
União de Freguesias de Grijó e Sermonde	4	8	0	0	0	0	0	5	5	0	0	0	0	0	40
União de Freguesias de Serzedo e Perosinho	5	8	0	0	0	0	0	7	5	0	0	0	0	0	47
Canidelo	6	14	1	1	1	0	1	1	9	9	0	0	0	0	76
Madalena	3	6	0	1	0	0	1	5	5	0	0	0	0	0	38
União de Freguesias de Santa Marinha e São Pedro da Afurada	7	21	2	3	1	0	3	13	18	2	2	1	0	1	123

(continua)

	Sexo														n para quotas c/ 3% de margem de erro
	Mulheres														
	Escalão etário														
	65 - 74 anos							75 e mais anos							
	Habilitações literárias														
Freguesia	Sem nível de escolaridade completo	1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo	Ensino secundário	Ensino pós secundário	Ensino Superior	Sem nível de escolaridade completo	1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo	Ensino secundário	Ensino pós secundário	Ensino Superior	n = 1000
Oliveira do Douro	5	16	1	1	0	1	1	10	10	0	1	0	0	0	78
União de Freguesias de Gulpilhares e Valadares	4	12	1	2	1	0	1	8	10	1	1	0	0	1	73
Canelas	3	5	0	0	0	0	0	5	3	0	0	0	0	0	32
Vilar de Andorinho	4	8	1	1	0	0	0	5	5	0	0	0	0	0	44
União de Freguesias de Mafamude e Vilar do Paraíso	8	29	3	6	3	0	7	18	29	4	3	2	0	4	198
União de Freguesias de Pedroso e Seixezelo	6	11	0	0	0	0	1	9	7	0	0	0	0	0	65
União de Freguesias de Sandim, Olival, Lever e Crestuma	5	13	0	0	0	0	0	7	7	0	0	0	0	0	59
Avintes	3	8	0	0	0	0	0	6	5	0	0	0	0	0	40

(continua)

	Sexo														n para quotas c/ 3% de margem de erro
	Mulheres														
	Escalão etário														
	65 - 74 anos							75 e mais anos							
	Habilitações literárias														
Freguesia	Sem nível de escolaridade completo	1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo	Ensino secundário	Ensino pós secundário	Ensino Superior	Sem nível de escolaridade completo	1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo	Ensino secundário	Ensino pós secundário	Ensino Superior	n = 1000
Total	70	174	12	17	0	0	17	117	128	9	8	5	0	7	10000

6.2. Instrumentos

Apresenta-se, de seguida, uma descrição dos instrumentos utilizados nesta dissertação. O protocolo originalmente aplicado no estudo de Diagnóstico Gerontológico de Vila Nova de Gaia é composto por 74 questões/variáveis; porém, para a elaboração desta dissertação apenas foram consideradas 15 (fonte: Inquérito à População Sénior de Vila Nova de Gaia, 2016).

As variáveis utilizadas na **caraterização sociodemográfica** da amostra são as que respeitam ao escalão etário (diferenciado durante a fase de tratamento de dados entre 65-74 anos e 75 ou mais anos) (figura 6), ao tipo de freguesia de residência, que foi classificada como “urbana” ou “não urbana” (figura 7), ao sexo, ao estado civil (figura 8) e às habilitações literárias (figura 9).

Figura 6: Variáveis sociodemográficas (idade)

1. CARACTERIZAÇÃO GERAL

P1.01. Idade *

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

Figura 7: Variáveis sociodemográficas (freguesia de residência)

Código da Freguesia *

Neste campo apenas pode ser introduzido um inteiro.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

Figura 8: Variáveis sociodemográficas (sexo e estado civil)

P1.03. Sexo *

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

☐ Feminino

☐ Masculino

P1.04. Estado Civil *

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

☐ Solteiro(a)

☐ Casado(a)

☐ União de Facto

☐ Divorciado(a)

☐ Separado(a)

☐ Viúvo(a)

Figura 9: variáveis sociodemográficas (habilitações literárias)

P1.05. Refira o seu grau de escolaridade *

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

☐ Não sabe ler nem escrever

☐ Sabe ler e escrever (sem ter frequentado a escola)

☐ Ensino primário/ 1º CEB incompleto (até 3ª classe)

☐ Ensino primário/1º CEB completo

☐ Ensino preparatório/2º CEB

☐ Ensino Sec. Unif./3º CEB (antigo 7º, 8º e 9º anos)

☐ Ensino Secundário

☐ Ensino Médio (Ex: antigos enfermeiros ou professores primários)

☐ Ensino Superior (Bacharelato/Licenciatura/Mestrado/Doutoramento)

As variáveis utilizadas na caracterização da **dimensão saúde** são as que respeitam à sua auto-perceção e às dificuldades sentidas no dia-a-dia (ver, ouvir, andar ou subir degraus, tomar banho ou vestir-se sozinho) (figura 10). As questões que procuram apurar estas dificuldades foram originalmente utilizadas no questionário Censitário (INE) e retiradas para utilização no protocolo do Diagnóstico Gerontológico de Vila Nova de Gaia.

Figura 10: Variáveis da dimensão “saúde”

5. SAÚDE

P5.01. De um modo geral, COMO AVALIA A SUA SAÚDE? *

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

1	2	3	4	5
Excelente	Boa	Aceitável	Má	Muito Má
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

P5.02. Nas perguntas seguintes, indique o grau de dificuldade que sente diariamente na realização de algumas atividades devido a problemas de saúde ou decorrentes da idade (envelhecimento)

(obs.: a dificuldade deve existir há mais de 6 meses).

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	1	2	3	4
	Não tem dificuldade	Tem pouca dificuldade	Tem muita dificuldade	Não consegue...
Tem dificuldade em ver mesmo usando óculos ou lentes de contacto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem dificuldade em ouvir mesmo usando aparelho auditivo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem dificuldade em andar ou subir degraus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem dificuldade em tomar banho ou vestir-se sozinho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

As variáveis utilizadas na caracterização da **dimensão social** são as que respeitam à situação dos idosos (isolados/não isolados) (figura 11), à frequência de contactos familiares, mais ou menos próximos (filhos, netos, irmãos, outros familiares) (figura 12), à prestação de cuidados a terceiros (figura 13), à existência de um confidente (figura 14) e à presença de sentimentos de solidão (tabela 4).

Figura 11: Situação (isolado/não isolado)

P2.03. Incluindo o senhor(a), quantas pessoas vivem na sua casa? *

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

Figura 12: Frequência de contactos

P2.05. Diga com que frequência mantém contacto com cada uma das pessoas abaixo identificadas *

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	1 Diariamente	2 Semanalmente	3 Quinzenalmente	4 Mensalmente	5 Anualmente	6 Nunca	Não se aplica	Não responde
Cônjuge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Filhos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Netos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Irmãos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Figura 13: Prestação de cuidados a terceiros

P2.10. Presta algum tipo de cuidados a alguém? *

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

☐ Sim

☐ Não

Figura 14: Existência de confidente

P2.06. Tem alguém em quem possa confiar?

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

☐ Sim

☐ Não

6.2.1. Geriatric Depression Scale (GDS-4)

Para avaliar a presença de sintomatologia depressiva recorreremos à GDS-4 (*Geriatric Depression Scale*) (Hamilton, 1960; Apóstolo, et al., 2014) composta por 4 itens e desenvolvida para avaliar a presença de estados de ânimo indicadores/sugestivos de sintomatologia depressiva na população idosa. Sendo um instrumento de rastreio (*screening*) de sintomatologia depressiva, a GDS-4 é uma forma abreviada da GDS-30, com aplicação simples e rápida. É uma escala de resposta dicotómica (Sim/Não) cuja pontuação máxima é de 4 valores, com questões acerca dos sentimentos e comportamentos que decorreram na última semana. Segundo Castelo, Filho, Neto, Noleto e Lima (2007), a grande vantagem da versão abreviada é o pouco

tempo gasto na aplicação do teste, um aspeto bastante relevante para a prática dos serviços de saúde. A Escala de Depressão Geriátrica nesta sua versão bastante abreviada, tanto pode ser aplicada pelo clínico geral como por outros profissionais não médicos. De acordo com Shah, Phongsathorn, Bielawska e Katona, (1996), um ponto de corte de 0/1 fornece boa sensibilidade (85%) e especificidade (60%) para a versão de 4 itens da GDS; no entanto, para este estudo optou-se considerar um *cut-off* de ≥ 2 para a identificação de relevância sintomatológica, considerando-se facultar maior segurança interpretativa.

Tabela 2: Escala de Depressão Geriátrica (GDS-4)

<i>Escala de Depressão Geriátrica (GDS-4)</i>	
<i>Está satisfeito com a sua vida?</i>	<i>Sim/Não</i>
<i>Sente que a sua vida é vazia?</i>	<i>Sim/Não</i>
<i>Sente medo que algo de mau aconteça na sua vida?</i>	<i>Sim/Não</i>
<i>Sente-se feliz a maior parte do tempo?</i>	<i>Sim/Não</i>

Respostas a negrito equivalem a 1 ponto. A pontuação máxima são 4 pontos.

Almeida e Almeida (1999) referem que a GDS 4 é um bom instrumento na deteção de depressão major, ressaltando, no entanto, que as versões mais curtas são de valor clínico limitado, uma vez que não permitem a avaliação da gravidade do episódio depressivo. Porém, estes autores sugerem que tais instrumentos podem ser usados nos cuidados de saúde primários, como forma de aumentar as taxas de deteção de depressão entre os idosos e/ou efetuar uma deteção precoce. Tal utilização permitirá também reduzir drasticamente os efeitos associados ao avanço da doença, argumento corroborado por vários autores (e.g., Castelo, Filho, Neto, Noleto & Lima, 2007).

6.2.2. Geriatric Anxiety Inventory – Short Form (GAI-SF)

Para avaliar a presença de sintomas de ansiedade na amostra, optou-se pela utilização do GAI-SF (*Geriatric Anxiety Inventory – Short Form*) (Byrne & Pachana, 2011), composto por 5 itens e desenvolvido para identificar a presença de sintomatologia ansiosa na população idosa. O GAI-SF é uma forma abreviada do GAI com 20 itens e apresenta uma pontuação máxima de 5 valores. Um *score* de ≥ 3 indica relevância sintomatológica de ansiedade. Cada resposta “sim” é pontuada com 1 valor. De acordo com os autores, num estudo realizado para a validação da escala, no ponto de corte ≥ 3 , a sensibilidade foi de 75%, a especificidade foi de 87%, sendo 86% dos participantes corretamente classificados. A consistência interna foi considerada alta ($\alpha = 0.81$ de Cronbach). Gerolimatos, Gregg e Edelstein (2013), num estudo

posterior, referem uma consistência interna adequada ($\alpha = 0.73$) e providenciam suporte para a validade preditiva do instrumento, considerando a sensibilidade e a especificidade do mesmo.

Tabela 3: Geriatric Anxiety Inventory (GAI-SF)

<i>Geriatric Anxiety Inventory (GAI-SF)</i>	
<i>Anda preocupado a maior parte do tempo?</i>	<i>Sim/Não</i>
<i>Aflige-se muito com coisas sem importância?</i>	<i>Sim/Não</i>
<i>Pensa que é uma pessoa nervosa?</i>	<i>Sim/Não</i>
<i>Considera-se uma pessoa preocupada?</i>	<i>Sim/Não</i>
<i>Muitas vezes os seus próprios pensamentos deixam-no ansioso?</i>	<i>Sim/Não</i>

Respostas a negrito equivalem a 1 ponto. A pontuação máxima são 5 pontos.

Trata-se de um instrumento considerado indicado para o uso em estudos epidemiológicos, podendo também ser útil em cuidados primários e em ambientes médico-geriátricos. A introdução do GAI e das suas variações tem tido grande impacto nas investigações levadas a cabo internacionalmente, contribuindo para o crescente interesse global na ansiedade na vida tardia (Pachana & Byrne, 2012).

6.2.3. Escala de Solidão da UCLA

Para avaliar a presença de sentimentos de solidão recorreremos à utilização da *UCLA (University of California, Los Angeles) Loneliness Scale (ULS-6)* (Neto, 2014). A *UCLA – Loneliness Scale* avalia tanto a solidão como os sentimentos inerentes à mesma, numa escala que se insere numa abordagem unidimensional da experiência, na medida em que cada indivíduo responde de acordo com a sua vivência do fenómeno, entendido como unitário e pessoal, variável ao nível da intensidade em que é sentido. Trata-se de um instrumento composto por 6 itens, cada um com 4 possibilidades de resposta, relacionadas com a frequência em que o inquirido sente/vivencia determinada situação (nunca, raramente, algumas vezes, muitas vezes). A cotação de cada resposta está determinada entre 1 e 4 valores, sendo 1 valor para cada resposta “nunca”, 2 valores para “raramente”, 3 valores para “algumas vezes” e 4 valores para “muitas vezes”. Porém, na questão “sinto que faço parte de um grupo de amigos”, a cotação aplicada será invertida (1 valor para “muitas vezes, 2 valores para “algumas vezes”, 3 valores para “raramente” e 4 valores para “nunca”). Quanto maior o *score* obtido, maior o grau de solidão. Isto é, resultados mais baixos indicam satisfação social e ausência de solidão.

Tabela 4: UCLA Loneliness Scale (ULS-6)

<i>UCLA Loneliness Scale (ULS-6)</i>	
<i>Sinto falta de camaradagem</i>	Nunca/Raramente/Algumas vezes/Muitas vezes
<i>Sinto que faço parte de um grupo de amigos</i>	Nunca/Raramente/Algumas vezes/Muitas vezes
<i>Sinto-me excluído(a)</i>	Nunca/Raramente/Algumas vezes/Muitas vezes
<i>Sinto-me isolado(a) dos outros</i>	Nunca/Raramente/Algumas vezes/Muitas vezes
<i>Sou infeliz por ser tão retraído(a)</i>	Nunca/Raramente/Algumas vezes/Muitas vezes
<i>As pessoas estão à minha volta mas não estão comigo</i>	Nunca/Raramente/Algumas vezes/Muitas vezes

De acordo com Neto (2014), as propriedades psicométricas da ULS-6 para a população portuguesa foram analisadas por meio de análise fatorial confirmatória, consistência interna e validade de critério, na sua investigação com 1154 pessoas (60% mulheres, 40% homens). A análise fatorial veio corroborar uma estrutura unidimensional, com valores adequados em vários índices de ajuste. Além disso, a ULS-6 apresentou propriedades psicométricas satisfatórias, com alto nível de consistência interna. De acordo com o mesmo autor, esta escala faculta uma breve mas correta avaliação da solidão, adequada para o uso junto dos mais velhos.

6.3. Análise e tratamento de dados

A análise estatística dos dados utilizou o programa informático *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0*.

Na primeira fase, com vista a descrever e a caraterizar a amostra em estudo, foi feita uma análise descritiva dos dados em função da natureza das variáveis em estudo. Calcularam-se as frequências absolutas (número de casos válidos – N.º) e as frequências relativas (percentagem de casos válidos - %)

Na segunda fase, de forma a verificar se existia uma relação de dependência entre a “GDS” (“Sem relevância sintomatológica - DEP”/“Com relevância sintomatológica - DEP”) e a “GAI” (“Sem relevância sintomatológica - ANX”/“Com relevância sintomatológica - ANX”) de acordo com as variáveis de interesse sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, tipo de freguesia), variáveis relacionadas com a saúde (avaliação da saúde, dificuldade em ver, dificuldade em ouvir, dificuldade em subir degraus, dificuldade em tomar banho ou vestir-se) e variáveis relacionadas com o contexto social (situação de isolamento, frequência de contacto familiar – filhos, netos, irmãos ou outros familiares -, presta apoio a terceiros, existência de confidente e avaliação da solidão – UCLA -), utilizou-se o teste de independência do Qui-quadrado e respetivas tabelas de contingência (Maroco, 2011). De forma a facilitar a interpretação da análise de regressão logística, todas as variáveis foram dicotomizadas, isto é, foram transformadas em variáveis *dummy*, sendo a característica de interesse o código 1.

Por fim, de acordo com os resultados estatisticamente significativos obtidos na fase anterior (testes do qui-quadrado), recorreu-se à regressão logística pelo método *Forward Stepwise* seguindo o critério de máxima verosimilhança (LR) para avaliar as características que estavam significativamente associadas, tanto à GAI, como à GDS (Hosmer, Lemeshow, & Sturdivant, 2013).

Todos os testes foram aplicados com um grau de confiança de 95 %, exceto quando devidamente assinalado.

7. Resultados

Caraterização da amostra

A amostra é constituída por 987 participantes, distribuídos por todas as freguesias (ou uniões de freguesia) do Concelho de Vila Nova de Gaia (tabela 5), dos quais 425 são do sexo masculino (43.1%) e 562 do sexo feminino (56.9%). 542 indivíduos (54.9%) situam-se na faixa etária dos 65-74 anos e 445 (45.1%) têm 75 ou mais anos (tabela 6). 575 indivíduos (58.2%) vivem em situação conjugal (casados ou em união de facto) enquanto 412 (41.8%) são solteiros, divorciados, separados ou viúvos. 81% dos participantes (800 indivíduos) tem uma escolaridade \geq ao 1º ciclo do ensino básico (4º ano), sendo que apenas 19% (187 indivíduos) tem escolaridade superior a este nível (tabela 6). Não existem grandes diferenças entre a tipologia de freguesia onde os indivíduos residem, uma vez que 51.4% das mulheres e 50.8% dos homens vivem numa freguesia urbana (*versus* 48.6% e 49.2%, respetivamente, que residem em freguesias não urbanas) (tabela 6). A população da amostra tem, em média, cerca de 76.4 anos de idade (DP = 6.7), variando entre os 65 e os 96 anos (tabela 7). Todos os resultados mencionados têm como fonte o Inquérito à População Sénior de Vila Nova de Gaia (2016).

Tabela 5: Distribuição dos inquéritos por freguesia/uniões de freguesia

	N	%
UF Mafamude e Vilar do Paraíso	194	19.7%
UF Santa Marinha e S. Pedro da Afurada	121	12.3%
Canidelo	78	7.9%
Oliveira do Douro	78	7.9%
UF Gulpilhares e Valadares	73	7.4%
Pedroso e Seixezelo	62	6.3%
UF Sandim, Olival, Lever e Crestuma	59	6.0%
Arcozelo	45	4.6%
UF Serzedo e Perosinho	45	4.6%
Vilar de Andorinho	43	4.4%
Avintes	41	4.2%
S. Félix da Marinha	40	4.1%
Madalena	39	4.0%
UF Grijó e Sermonde	37	3.7%
Canelas	32	3.2%
Total	987	100.0%

Tabela 6: Caracterização dos participantes segundo o sexo, tipologia da freguesia de residência, escalões etários, estado civil e habilitações literárias

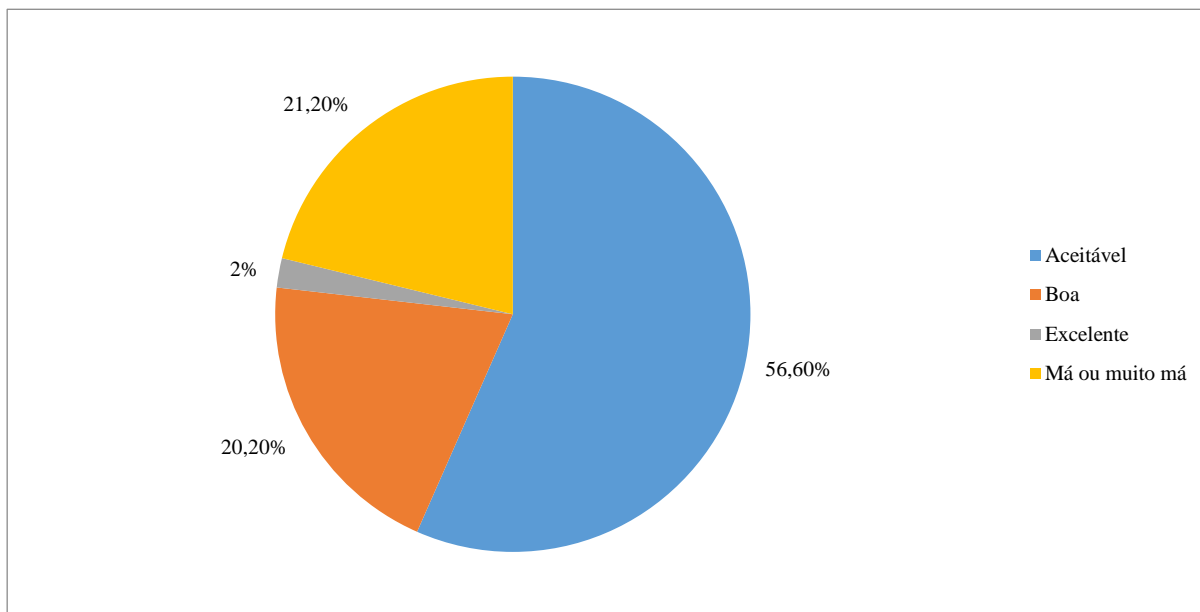
		Sexo			
		F		M	
		nº	%	nº	%
Escalões Etários	65 a 74 anos	290	51.6%	252	59.3%
	75 e mais anos	272	48.4%	173	40.7%
	Total	562	100.0%	425	100.0%
Estado Civil	Casado/União Facto	237	42.2%	338	79.5%
	Singulares	325	57.8%	87	20.5%
	(Solteiro/Divorciado /Viúvo)				
	Total	562	100.0%	425	100.0%
Habilitações literárias	>=1ºciclo	364	64.8%	364	85.6%
	Sem escolaridade	198	35.2%	61	14.4%
	Total	562	100.0%	425	100.0%
Tipo de Freguesia	Freg-Urbana	289	51.4%	216	50.8%
	Freg-n/Urbana	273	48.6%	209	49.2%
	Total	562	100.0%	425	100.0%

Tabela 7: Distribuição dos participantes por grupo etário, média, mínima e máxima

	nº	%
<i>Idade</i>		
65 a 74 anos	542	54.9%
75 e mais anos	445	45.1%
Total	987	100.0%
Média (D.p.)	74,6	6.7
Amplitude	65	96

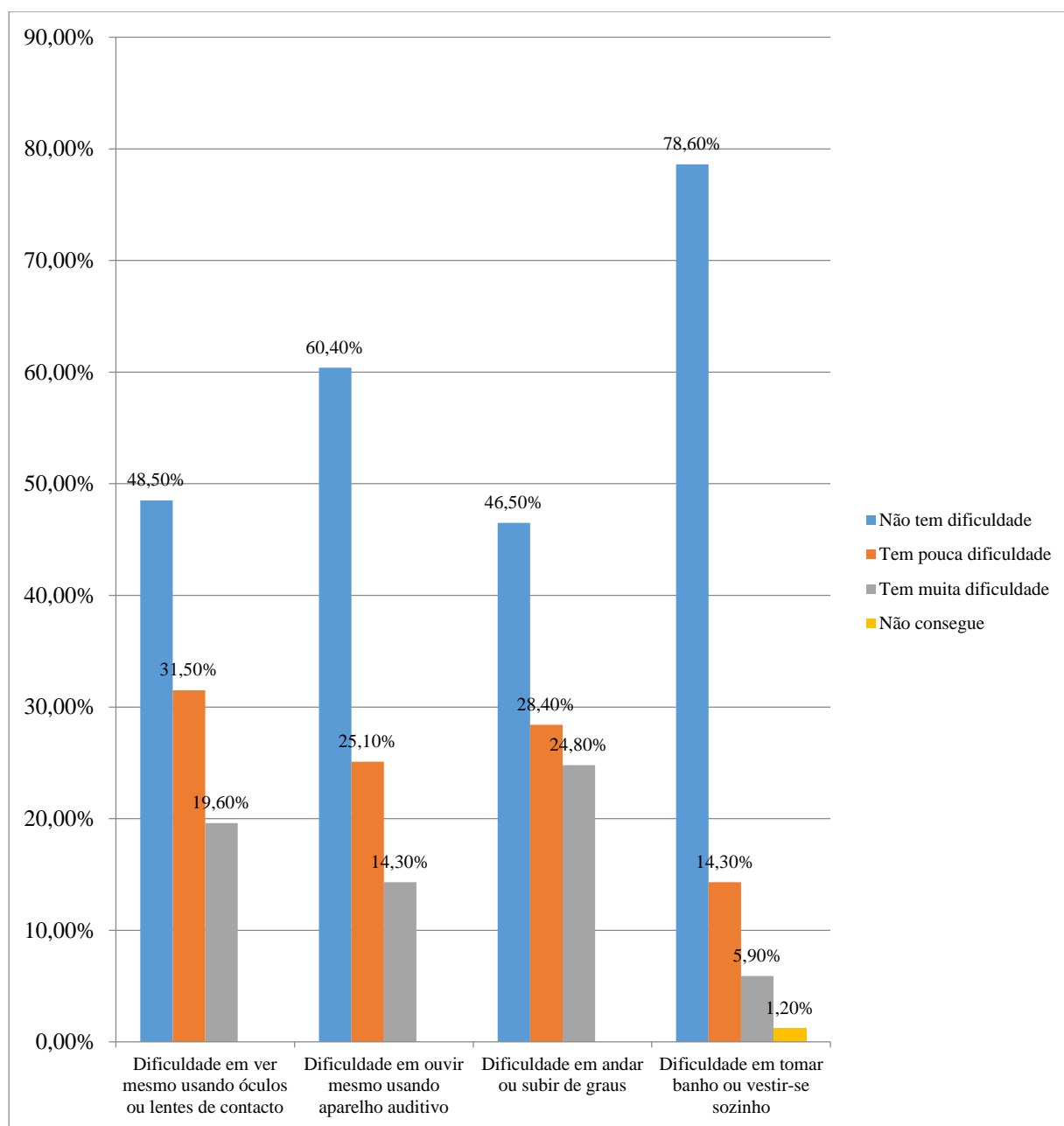
Quanto ao estado de saúde, em primeiro lugar apura-se que a grande maioria dos inquiridos faz uma apreciação positiva do seu estado de saúde, considerando-a “aceitável” (56.6%), “boa” (20.2%) ou “excelente” (2%); cerca de 21.2% considera a sua saúde “má” ou “muito má” (gráfico 1).

Gráfico 1: Autoavaliação do estado de saúde



Quanto às dificuldades sentidas no quotidiano existentes há, pelo menos, 6 meses, verifica-se que a grande maioria não apresenta dificuldades nas áreas inquiridas (visão, audição, mobilidade e funcionalidade), sendo a destacar a existência de um maior número de inquiridos com dificuldades em andar ou subir degraus (24.8%). De notar que na dimensão da mobilidade, são as mulheres a referir um maior grau de dificuldade (34.5% refere ter muita dificuldade ou não conseguir vs. 12.7% dos homens) (gráfico 2).

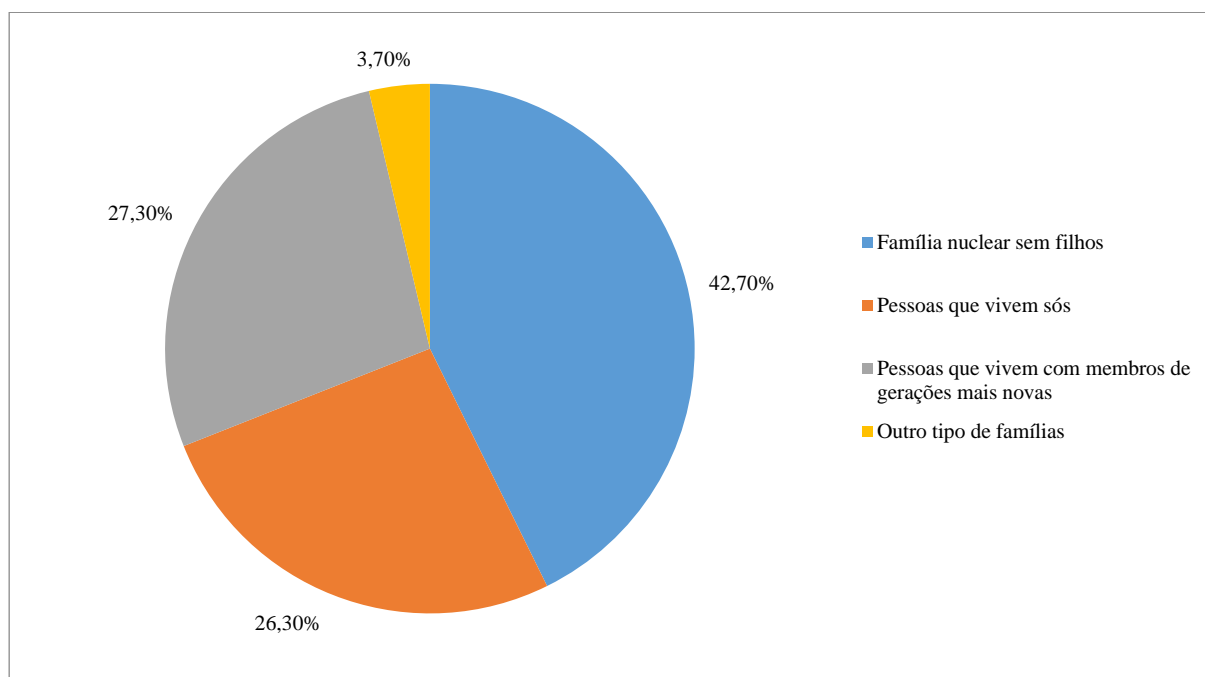
Gráfico 2: Grau de dificuldade sentido diariamente devido a problemas decorrentes de saúde ou da idade (envelhecimento)



Os dados censitários de 2011 (INE) permitem ver que, à escala nacional, 19.8% da população mais velha vive só e 39.8% exclusivamente com outros idosos. Relativamente a Vila Nova de Gaia, a informação a reter dos dados do inquérito, é que na população com idades iguais e superiores a 65 anos, as percentagens dos inquiridos cuja vida quotidiana ocorre numa condição de isolamento são superiores às registadas ao nível nacional: 26% dos inquiridos vivem sós, sendo que o crescimento do número de indivíduos que vivem sós ou somente com outra pessoa idosa pode constituir um indicador de risco dos mais velhos viverem o seu

quotidiano separado do dos membros das outras gerações. Constata-se que as famílias constituídas apenas por um casal de idosos predominam claramente, sendo que os idosos que têm oportunidade de viver com membros das gerações mais novas, filhos e/ou netos, não representam mais do que 27.3%. Por sua vez, a existência de outros tipos de famílias (familiares além dos descendentes diretos e outros) não tem expressão significativa (3.7%).

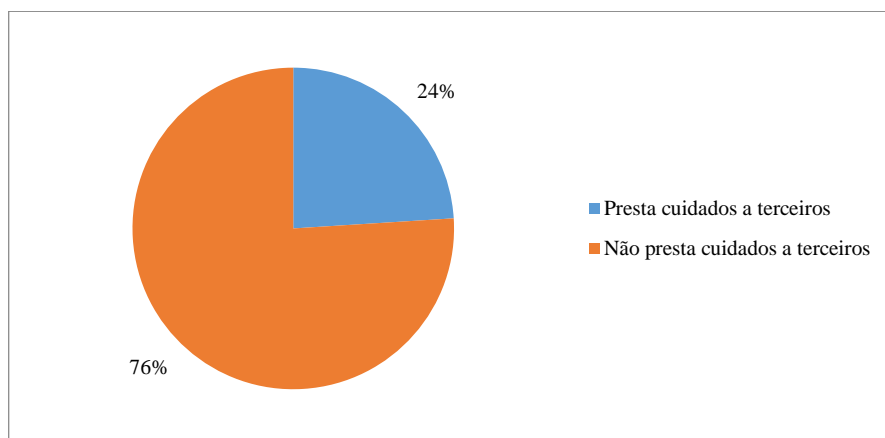
Gráfico 3: Tipologia de famílias



Relativamente às relações com os elementos dos grupos primários (nomeadamente filhos, netos, irmãos e outros familiares), o inquérito permitiu apurar que este tipo de interações continua a verificar-se: os inquiridos responderam positivamente à pergunta relativa à existência de contactos frequentes (designadamente diários) com filhos (65%) e com netos (44.3%).

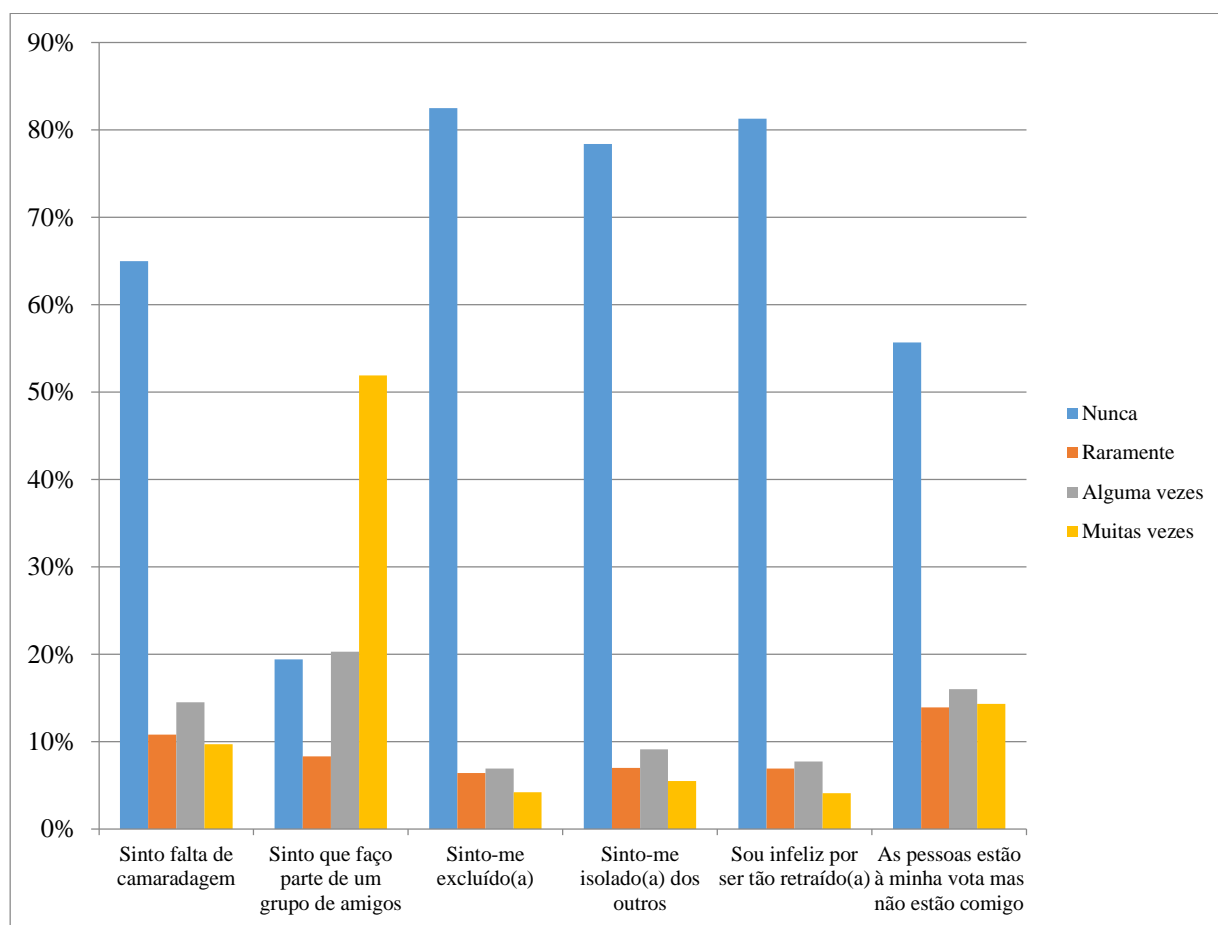
De modo a caraterizar mais detalhadamente as redes de relações sociais dos mais velhos, procurou-se apurar se os inquiridos prestam algum tipo de cuidados a alguém, tendo-se constatado que 24% (n=236) o faz (gráfico 4).

Gráfico 4: Prestação de cuidados a terceiros



Os indicadores de solidão avaliados sugerem a presença de resultados ligeiramente abaixo dos obtidos em outros estudos realizados com população portuguesa (média=10.71; d.p.=3.35) (Neto, 2014) (gráfico 5), sendo de registar que a grande maioria dos inquiridos (90.8%) refere a existência de alguém próximo em quem pode confiar.

Gráfico 5: Avaliação das relações sociais (UCLA-6)



Em relação ao estado emocional dos inquiridos, uma análise preliminar aos resultados obtidos permite verificar que o rastreio à presença de sintomatologia depressiva sugere a existência de 32.5% (n=321) casos com $GDS \geq 2$, potencialmente merecedores de atenção clínica. Neste grupo, incluem-se sobretudo mulheres e pessoas singulares, ou seja, solteiros, viúvos e divorciados.

Análise da relação entre a GDS e os fatores sociodemográficos, saúde e sociais

Pela análise da tabela 8, apura-se que existe uma relação de dependência significativa ($p < 0.05$) entre os resultados da GDS e o “género”, “estado civil”, “habilitações literárias”, “avaliação da saúde”, “tem dificuldade em ver mesmo usando óculos ou lentes de contacto”, “tem dificuldade em ouvir mesmo usando aparelho auditivo”, “tem dificuldade em andar ou subir degraus”, “tem dificuldade em tomar banho ou vestir-se sozinho”, “situação”, “família=netos”, “família=irmãos”, “família=outros familiares”, “tem alguém em quem possa confiar” e a “UCLA”.

Tabela 8: Comparação entre a GDS de acordo com as restantes características das dimensões “Sociodemográfica”, “Saúde” e “Social (distribuições de frequência e teste do qui-quadrado)

		GDS (<2 sem DEP >=2 com DEP)						valor- p
		0 Sem relevância sintomatológica (DEP)		1 Com relevância sintomatológica (DEP)		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Caraterísticas sociodemográficas								
Sexo	0 F	349	52.9%	210	65.4%	559	57.0%	s
	1 M	311	47.1%	111	34.6%	422	43.0%	
	Total	660	100.0%	321	100.0%	981	100.0%	
Escalões Etários	0 65 a 74 anos	371	56.2%	167	52.0%	538	54.8%	ns
	1 75 e mais anos	289	43.8%	154	48.0%	443	45.2%	
	Total	660	100.0%	321	100.0%	981	100.0%	
Estado Civil	0 Casado/União Facto	416	63.0%	157	48.9%	573	58.4%	s
	1 Singulares (Solteiro/Divorciado/Viúvo)	244	37.0%	164	51.1%	408	41.6%	

		GDS (<2 sem DEP >=2 com DEP)						valor- p
		0 Sem relevância sintomatológica (DEP)		1 Com relevância sintomatológica (DEP)		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Total		660	100.0%	321	100.0%	981	100.0%	
Habilitações Literárias	0 >=1ºciclo	507	76.8%	217	67.6%	724	73.8%	
	1 s/Esc.	153	23.2%	104	32.4%	257	26.2%	s
	Total	660	100.0%	321	100.0%	981	100.0%	
Freguesia	0 Freg-Urb	337	51.1%	167	52.0%	504	51.4%	
	1 Freg-n/Urb	323	48.9%	154	48.0%	477	48.6%	ns
	Total	660	100.0%	321	100.0%	981	100.0%	
Saúde								
Avaliação da saúde	0 Avaliação Positiva (+)	562	85.2%	211	65.7%	773	78.8%	
	1 Avaliação Negativa (-)	98	14.8%	110	34.3%	208	21.2%	s
	Total	660	100.0%	321	100.0%	981	100.0%	
Tem dificuldade em ver mesmo usando óculos ou lentes de contacto	0 Avaliação Positiva (+)	565	85.6%	220	68.5%	785	80.0%	
	1 Avaliação Negativa (-)	95	14.4%	101	31.5%	196	20.0%	s
	Total	660	100.0%	321	100.0%	981	100.0%	
Tem dificuldade em ouvir mesmo usando aparelho auditivo	0 Avaliação Positiva (+)	578	87.6%	261	81.3%	839	85.5%	
	1 Avaliação Negativa (-)	82	12.4%	60	18.7%	142	14.5%	s
	Total	660	100.0%	321	100.0%	981	100.0%	
Tem dificuldade em andar ou subir degraus	0 Avaliação Positiva (+)	538	81.5%	196	61.1%	734	74.8%	
	1 Avaliação Negativa (-)	122	18.5%	125	38.9%	247	25.2%	s
	Total	660	100.0%	321	100.0%	981	100.0%	
Tem dificuldade em tomar banho ou vestir-se sozinho	0 Avaliação Positiva (+)	628	95.2%	284	88.5%	912	93.0%	
	1 Avaliação Negativa (-)	32	4.8%	37	11.5%	69	7.0%	s
	Total	660	100.0%	321	100.0%	981	100.0%	
Social								
Situação	0 Não isolados	507	76.8%	203	63.2%	710	72.4%	
	1 Isolados	153	23.2%	118	36.8%	271	27.6%	s

		GDS (<2 sem DEP >=2 com DEP)						valor- p
		0 Sem relevância sintomatológica (DEP)		1 Com relevância sintomatológica (DEP)		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Total		660	100.0%	321	100.0%	981	100.0%	
Família=Filhos	0 Contacto (+) frequente	541	89.3%	248	84.9%	789	87.9%	ns
	1 Contacto (-) frequente	65	10.7%	44	15.1%	109	12.1%	
	Total	606	100.0%	292	100.0%	898	100.0%	
Família=Netos	0 Contacto (+) frequente	454	79.5%	196	70.5%	650	76.6%	s
	1 Contacto (-) frequente	117	20.5%	82	29.5%	199	23.4%	
	Total	571	100.0%	278	100.0%	849	100.0%	
Família=Irmãos	0 Contacto (+) frequente	227	41.3%	81	31.2%	308	38.1%	s
	1 Contacto (-) frequente	322	58.7%	179	68.8%	501	61.9%	
	Total	549	100.0%	260	100.0%	809	100.0%	
Família=Outros familiares	0 Contacto (+) frequente	198	31.8%	57	18.8%	255	27.6%	s
	1 Contacto (-) frequente	424	68.2%	246	81.2%	670	72.4%	
	Total	622	100.0%	303	100.0%	925	100.0%	
Presta algum tipo de cuidados a alguém	0 Não	509	77.1%	238	74.1%	747	76.1%	ns
	1 Sim	151	22.9%	83	25.9%	234	23.9%	
	Total	660	100.0%	321	100.0%	981	100.0%	
Tem alguém em quem possa confiar	0 Não	35	5.3%	55	17.1%	90	9.2%	s
	1 Sim	623	94.7%	266	82.9%	889	90.8%	
	Total	658	100.0%	321	100.0%	979	100.0%	
UCLA	0 UCLA<=média	517	78.3%	114	35.5%	631	64.3%	s
	1 UCLA>média	143	21.7%	207	64.5%	350	35.7%	
	Total	660	100.0%	321	100.0%	981	100.0%	

* Resultados de acordo o Teste de Independência do Qui-Quadrado de Pearson (s= p< 0.05).

Análise da relação entre a GAI e os fatores sociodemográficos, saúde e sociais

Na tabela seguinte estão representados os resultados (em número e frequência relativa) dos cruzamentos entre o GAI e as características das dimensões “Sociodemográficas”, “Saúde” e “Social”. Os resultados evidenciam que existe uma relação de dependência significativa ($p < 0.05$) entre os resultados do GAI e a maioria das variáveis em análise, nomeadamente: “género”, “habilitações literárias”, “avaliação da saúde”, “tem dificuldade em ver mesmo usando óculos ou lentes de contacto”, “tem dificuldade em ouvir mesmo usando aparelho auditivo”, “tem dificuldade em andar ou subir degraus”, “tem dificuldade em tomar banho ou vestir-se sozinho”, “família=netos”, “tem alguém em quem possa confiar” e a “UCLA”.

Tabela 9: Comparação entre o GAI de acordo com as restantes características das dimensões “Sociodemográfica”, “Saúde” e “Social” (distribuições de frequência e teste do qui-quadrado)

		GAI (<3 sem ANX. >=3 com ANX.)						Valor- p
		0 Sem relevância sintomatológica (ANX)		1 Com relevância sintomatológica (ANX)		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Caraterísticas sociodemográficas								
Sexo	0 F	171	43.3%	388	66.2%	559	57.0%	s
	1 M	224	56.7%	198	33.8%	422	43.0%	
	Total	395	100.0%	586	100.0%	981	100.0%	
Escalaões Etários	0 65 a 74 anos	211	53.4%	327	55.8%	538	54.8%	ns
	1 75 e mais anos	184	46.6%	259	44.2%	443	45.2%	
	Total	395	100.0%	586	100.0%	981	100.0%	
Estado Civil	0 Casado/União Facto	242	61.3%	331	56.5%	573	58.4%	ns
	1 Singulares (Solteiro/Divorciado/Viúvo)	153	38.7%	255	43.5%	408	41.6%	
	Total	395	100.0%	586	100.0%	981	100.0%	
Habilitações Literárias	0 >=1ºciclo	313	79.2%	411	70.1%	724	73.8%	s
	1 s/Esc.	82	20.8%	175	29.9%	257	26.2%	
	Total	395	100.0%	586	100.0%	981	100.0%	
Freguesia	0 Freg-Urb	212	53.7%	292	49.8%	504	51.4%	ns

		GAI (<3 sem ANX. >=3 com ANX.)						Valor- p
		0 Sem relevância sintomatológica (ANX)		1 Com relevância sintomatológica (ANX)		Total		
		n	%	n	%	n	%	
1 Freg-n/Urb		183	46.3%	294	50.2%	477	48.6%	
Total		395	100.0%	586	100.0%	981	100.0%	
Saúde								
Avaliação da saúde	0 Avaliação Positiva (+)	351	88.9%	422	72.0%	773	78.8%	s
	1 Avaliação Negativa (-)	44	11.1%	164	28.0%	208	21.2%	
Total		395	100.0%	586	100.0%	981	100.0%	
Tem dificuldade em ver mesmo usando óculos ou lentes de contacto	0 Avaliação Positiva (+)	330	83.5%	455	77.6%	785	80.0%	
	1 Avaliação Negativa (-)	65	16.5%	131	22.4%	196	20.0%	s
Total		395	100.0%	586	100.0%	981	100.0%	
Tem dificuldade em ouvir mesmo usando aparelho auditivo	0 Avaliação Positiva (+)	352	89.1%	487	83.1%	839	85.5%	
	1 Avaliação Negativa (-)	43	10.9%	99	16.9%	142	14.5%	s
Total		395	100.0%	586	100.0%	981	100.0%	
Tem dificuldade em andar ou subir degraus	0 Avaliação Positiva (+)	326	82.5%	408	69.6%	734	74.8%	
	1 Avaliação Negativa (-)	69	17.5%	178	30.4%	247	25.2%	s
Total		395	100.0%	586	100.0%	981	100.0%	
Tem dificuldade em tomar banho ou vestir-se sozinho	0 Avaliação Positiva (+)	376	95.2%	536	91.5%	912	93.0%	
	1 Avaliação Negativa (-)	19	4.8%	50	8.5%	69	7.0%	s
Total		395	100.0%	586	100.0%	981	100.0%	
Social								
Situação	0 Não isolados	293	74.2%	417	71.2%	710	72.4%	
	1 Isolados	102	25.8%	169	28.8%	271	27.6%	ns
Total		395	100.0%	586	100.0%	981	100.0%	
Família=Filhos	0 Contacto (+) frequente	317	89.5%	472	86.8%	789	87.9%	
	1 Contacto (-) frequente	37	10.5%	72	13.2%	109	12.1%	ns
Total		354	100.0%	544	100.0%	898	100.0%	
Família=Netos	0 Contacto (+) frequente	271	80.7%	379	73.9%	650	76.6%	s

		GAI (<3 sem ANX. >=3 com ANX.)						Valor- p
		0 Sem relevância sintomatológica (ANX)		1 Com relevância sintomatológica (ANX)		Total		
		n	%	n	%	n	%	
1 Contacto (-) frequente		65	19.3%	134	26.1%	199	23.4%	
Total		336	100.0%	513	100.0%	849	100.0%	
0 Contacto (+) frequente		125	37.8%	183	38.3%	308	38.1%	
Família=Irmãos	1 Contacto (-) frequente	206	62.2%	295	61.7%	501	61.9%	ns
Total		331	100.0%	478	100.0%	809	100.0%	
0 Contacto (+) frequente		109	29.5%	146	26.3%	255	27.6%	
Família=Outros familiares	1 Contacto (-) frequente	261	70.5%	409	73.7%	670	72.4%	ns
Total		370	100.0%	555	100.0%	925	100.0%	
0 Não		308	78.0%	439	74.9%	747	76.1%	
Presta algum tipo de cuidados a alguém	1 Sim	87	22.0%	147	25.1%	234	23.9%	ns
Total		395	100.0%	586	100.0%	981	100.0%	
0 Não		25	6.3%	65	11.1%	90	9.2%	
Tem alguém em quem possa confiar	1 Sim	370	93.7%	519	88.9%	889	90.8%	s
Total		395	100.0%	584	100.0%	979	100.0%	
0 UCLA<=média		305	77.2%	326	55.6%	631	64.3%	
UCLA	1 UCLA>média	90	22.8%	260	44.4%	350	35.7%	s
Total		395	100.0%	586	100.0%	981	100.0%	

* Resultados de acordo o Teste de Independência do Qui-Quadrado de Pearson ($s= p < 0.05$).

Análise de Regressão Logística para avaliar quais os fatores significativamente associados à GDS e ao GAI

Para avaliar a importância que cada variável explicativa tem para a variável resposta, “GDS” e “GAI”, recorreu-se à regressão logística pelo método de seleção *Forward: LR*⁴ (*stepwise*), como forma de obter o melhor modelo⁵. A regressão logística (binária) é definida como uma técnica estatística de análise multivariada utilizada frequentemente no desenvolvimento de modelos que visem entender ou prever a relação existente entre uma variável categórica, que assume um entre dois valores possíveis (ex.: “zero” e “um”, “sim” e “não”, etc.), e um conjunto de variáveis explicativas ou independentes (Hosmer et al., 2013).

De forma a obter um modelo mais estável, minimizou-se o número de variáveis explicativas a incluir no modelo de regressão, e desta forma diminuir o risco de sobreajuste do modelo. Na seleção destas variáveis foram tidos em conta os resultados dos testes de independência do Qui-quadrado de *Pearson* (ver secção anterior) para cada variável explicativa em relação às variáveis dependentes, a “GDS” e o “GAI”, com a finalidade de verificar a existência de associação ou diferença significativa ($p < 0.05$), respetivamente. De seguida, considerando a constante no modelo, os parâmetros de estimação dos modelos apresentaram 5% de significância para a entrada de variáveis e 10% para a saída (Hosmer, Lemeshow & Sturdivant, 2013).

A validação dos pressupostos da RL recorreu à análise gráfica dos resíduos e ao diagnóstico dos casos influentes. Por fim, avaliou-se a capacidade discriminante do modelo obtido recorrendo à área da curva ROC. Todos os pressupostos de validação da análise de RL foram verificados.

Já em relação à GDS, a tabela 10 apresenta os valores estimados dos coeficientes de regressão (B), desvio padrão (S.E.), teste de *Wald* e respetivos valores do nível de significância (p), o valor estimado da medida “razão da chance” (Exp(B), ou *Odds ratio*) e respetivo intervalo de confiança.

A partir dos resultados de ajuste do modelo de regressão logística (ver tabela 10), verifica-se que a “avaliação da saúde” ($B = 0.523$; $X^2_{\text{Wald}}(1) = 5.547$; $p = 0.019$; OR = 1.688), “tem dificuldade em ver mesmo usando óculos ou lentes de contacto” ($B = 0.525$; $X^2_{\text{Wald}}(1) =$

⁴ O método de seleção *Forward:LR* é baseado no rácio de verossimilhanças. É um método de seleção *stepwise*, isto é, a entrada de uma variável independente no modelo é feita em função da significância da estatística “Score” e a remoção de uma variável no modelo é feita a partir da significância do teste do rácio de verossimilhanças baseado nas estimativas parciais de máxima verossimilhança do modelo (Maroco, 2011).

⁵ O modelo apresentado é relativo apenas ao modelo final com as variáveis independentes que apresentaram valores estatisticamente significativos ($p < 0.05$).

5.113; $p = 0.024$; OR = 1.691), “tem dificuldade em andar ou subir degraus” ($B = 0.775$; $X^2_{\text{Wald}}(1) = 13.045$; $p = 0.000$; OR = 2.170), “situação” ($B = 0.533$; $X^2_{\text{Wald}}(1) = 6.416$; $p = 0.011$; OR = 1.704), “família=outros familiares” ($B = 0.485$; $X^2_{\text{Wald}}(1) = 4.325$; $p = 0.038$; OR = 1.625), “tem alguém em quem possa confiar” ($B = -0.994$; $X^2_{\text{Wald}}(1) = 10.168$; $p = 0.001$; OR = 0.370) e a “UCLA” ($B = 1.592$; $X^2_{\text{Wald}}(1) = 68.413$; $p = 0.000$; OR = 4.913), apresentam um efeito estatisticamente significativo sobre a GDS.

Tendo como referência a sintomatologia depressiva (GDS), para a avaliação da saúde verifica-se que a possibilidade de ter sintomatologia depressiva é 68.8% superior nos indivíduos que avaliaram negativamente a sua saúde, por relação aos que a avaliaram de forma positiva. A chance de ter sintomatologia depressiva é ainda 69.1% superior nos idosos que têm “dificuldade em ver mesmo usando óculos ou lentes de contato”, face aos que não apresentam essa dificuldade. De igual forma verifica-se que há uma possibilidade aproximadamente 2.2 vezes superior (OR= 2.17) dos idosos que demonstram “dificuldade em andar ou subir degraus” terem sintomatologia depressiva, em comparação com os que não identificam essa dificuldade. Quanto aos idosos que vivem isolados verifica-se que a possibilidade de terem sintomatologia depressiva é de 70.4% superior aos idosos que não se encontram nesta situação. De igual forma, os idosos que são contactados com mais frequência por parte de “outros familiares” (exceto filhos, netos e irmãos), apresentam uma possibilidade de ter sintomatologia depressiva 62.5% superior aos idosos que são contactados com menos frequência. Por sua vez, a hipótese de ter sintomatologia depressiva, é 37% inferior nos idosos que referiram a existência de um confidente. Por fim, verifica-se que há uma possibilidade aproximadamente 4.9 vezes superior (OR= 4.913) de apresentarem valores de “solidão” acima da média para a UCLA, em comparação aos que apresentaram valores abaixo da média. Assim, de uma forma geral, os idosos que têm maior chance de apresentar sintomatologia depressiva são: os que avaliam negativamente a sua saúde, os que apresentam “dificuldade em ver mesmo usando óculos ou lentes de contacto”, os que demonstram “dificuldade em andar ou subir degraus”, os que vivem isolados (sós), os que são contactados por “outros familiares” com mais frequência (que não os filhos, os netos e os irmãos), os que não têm um confidente e os que apresentam valores de solidão superiores à média.

Tabela 10: Ajuste dos coeficientes de regressão logística a cada uma das variáveis explicativas (GDS)

GDS - Variáveis na equação								
	B	S.E.	Wald	df	p.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Avaliação da saúde	0.523	0.222	5.547	1	0.019	1.688	1.092	2.609
Tem dificuldade em ver mesmo usando óculos ou lentes de contacto	0.525	0.232	5.113	1	0.024	1.691	1.072	2.666
Tem dificuldade em andar ou subir degraus	0.775	0.214	13.045	1	0.000	2.170	1.425	3.303
Passo 7 ^g Situação	0.533	0.210	6.416	1	0.011	1.704	1.128	2.574
Família=Outros familiares	0.485	0.233	4.325	1	0.038	1.625	1.028	2.567
Tem alguém em quem possa confiar	-0.994	0.312	10.168	1	0.001	0.370	0.201	0.682
UCLA	1.592	0.192	68.413	1	0.000	4.913	3.369	7.164
Constante	-1.460	0.375	15.150	1	0.000	0.232		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: UCLA.

b. Variável(is) inserida(s) no passo 2: Tem dificuldade em andar ou subir degraus.

c. Variável(is) inserida(s) no passo 3: Tem alguém em quem possa confiar.

d. Variável(is) inserida(s) no passo 4: Avaliação da saúde.

e. Variável(is) inserida(s) no passo 5: Situação.

f. Variável(is) inserida(s) no passo 6: Tem dificuldade em ver mesmo usando óculos ou lentes de contacto.

g. Variável(is) inserida(s) no passo 7: Família=Outros familiares.

Em relação ao GAI, a tabela 11 apresenta os valores estimados dos coeficientes de regressão (B), desvio padrão (S.E.), teste de *Wald* e respetivos valores do nível de significância (p), o valor estimado da medida “razão da chance” (Exp(B), ou *Odds ratio* - OR) e respetivo intervalo de confiança.

A partir dos resultados de ajuste do modelo de regressão logística (ver quadro 10), verifica-se que o “género” ($B = -0.979$; $X^2_{\text{Wald}}(1) = 33.17$; $p = 0.001$; $OR = 0.376$), o “escalão etário” ($B = -0.337$; $X^2_{\text{Wald}}(1) = 3.905$; $p = 0.048$; $OR = 0.714$), a “avaliação da saúde” ($B = 0.874$; $X^2_{\text{Wald}}(1) = 14.344$; $p = 0.001$; $OR = 2.397$) e a “UCLA” ($B = 0.879$; $X^2_{\text{Wald}}(1) = 21.916$; $p = 0.001$; $OR = 2.408$), apresentam um efeito estatisticamente significativo sobre a “GAI”.

Tendo como referência a sintomatologia de ansiedade (GAI), para o género verifica-se que a chance de ter sintomatologia de ansiedade é de 37.6% inferior nos idosos do sexo masculino (classe de referência) face aos do sexo feminino. De igual forma, apura-se que nos idosos com “75 e mais anos” a chance é 71.4% inferior em relação aos que têm “65 a 74 anos”. Quanto à “avaliação da saúde” constata-se que a chance em ter sintomatologia de ansiedade

dos idosos que avaliaram negativamente a sua saúde é maior em cerca de 2.4 vezes (OR= 2.4), face aos que a avaliaram de forma positiva. Por fim, de igual forma, verifica-se que os idosos que apresentaram valores de “solidão” acima da média para a UCLA, é cerca de 2.4 superior (OR= 2.4), aos que apresentaram valores abaixo da média. Assim, de um modo geral, os idosos que têm maior chance de apresentar sintomatologia ansiosa são: mulheres, de grupos etários mais novos, com avaliação negativa da sua saúde e com solidão.

Tabela 11: Ajuste dos coeficientes de regressão logística a cada uma das variáveis explicativas (GAI)

GAI - Variáveis na equação									
	B	S.E.	Wald	df	p	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)		
							Inferior	Superior	
Género	-0,979	0,170	33,170	1	0,000	0,376	0,269	0,524	
Escalões Etários	-0,337	0,170	3,905	1	0,048	0,714	0,511	0,997	
Passo 4 ^d Avaliação da saúde	0,874	0,231	14,344	1	0,000	2,397	1,525	3,767	
UCLA	0,879	0,188	21,916	1	0,000	2,408	1,667	3,478	
Constante	0,547	0,153	12,804	1	0,000	1,729			

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Género.

b. Variável(is) inserida(s) no passo 2: UCLA.

c. Variável(is) inserida(s) no passo 3: Avaliação da saúde.

d. Variável(is) inserida(s) no passo 4: Escalões Etários.

8. Discussão de resultados

Os dados obtidos no presente estudo revelam que o rastreio à presença de sintomatologia depressiva sugere a existência de 32.5% (n=321) casos com $GDS \geq 2$, potencialmente merecedores de atenção clínica. Neste grupo, incluem-se sobretudo mulheres e pessoas singulares, ou seja, solteiro/as, viúvo/as e divorciado/as.

No âmbito do estudo levado a cabo por Frade, Barbosa, Cardoso e Nunes (2015), foi aplicada a Escala de Depressão Geriátrica de 30 itens a 75 idosos, institucionalizados e a viver na comunidade, com idades compreendidas entre os 65 e os 91 anos, do qual se concluiu que os sintomas de depressão foram prevalentes nos idosos que viviam sozinhos (viúvos e solteiros), quando comparados com o grupo dos idosos que vivia com o cônjuge. Ou seja, os idosos solteiros e/ou viúvos, quer estejam institucionalizados ou não, parecem ter maior tendência para apresentar sintomas depressivos. O mesmo estudo concluiu ainda que o sexo masculino apresenta menor número de sintomas de depressão por comparação com o sexo feminino, apesar de não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas. Os sintomas de depressão foram mais prevalentes no grupo dos idosos institucionalizados por comparação com o grupo dos idosos não institucionalizados. Já o estudo desenvolvido por Gonçalves-Pereira e colaboradores (2016), nas freguesias de Fernão Ferro e Mora, demonstra que, quanto à depressão geriátrica, a prevalência na comunidade oscila entre 8- 16% ou 10- 15% para a “depressão com significado clínico”, um termo adotado pelo consórcio EURODEP⁶. O estudo desenvolvido por estes autores encontrou uma prevalência global de 12.3%. Mediante estes resultados, comprova-se que a presença de sintomatologia depressiva na população idosa de Vila Nova de Gaia é substancialmente mais elevada do que a encontrada em outros estudos e noutras regiões do país. Para melhor analisar estes dados, devemos ainda ter em consideração que, no presente estudo, foi usado um *cut-off* de ≥ 2 para relevância sintomatológica, ou seja, se tivéssemos em consideração o *cut-off* originalmente sugerido pelos autores da GDS-4, teríamos uma prevalência ainda mais elevada.

Assim, pela análise dos dados obtidos através da aplicação da GDS, apurou-se igualmente que 36.8% dos indivíduos (n=118) com relevância sintomatológica de depressão vivem sozinhos, e viver só aumenta a possibilidade de vir a desenvolver sintomatologia depressiva em 70.4%, face aos idosos que não se encontram nesta situação. Resultados idênticos foram observados num estudo realizado por Lentsck, Schoereder, Prezotto, e Mathias (2015),

⁶ O consórcio EURODEP consiste em vários estudos comunitários independentes de depressão na população idosa.

onde a prevalência de sintomas depressivos teve grande relevância entre os idosos que viviam sós. Roncon, Lima, e Pereira (2015) também revelam que ser casado ou viver em união de facto reduz o risco de depressão, comparativamente com os sujeitos viúvos, solteiros e divorciados, o que nos indica que ter alguém com quem partilhar a habitação é um fator protetor para o diagnóstico de depressão, na medida em que se reduz drasticamente os efeitos do isolamento, tais como a solidão. Na senda de Semedo, Ventura, Paula, Silva, & Pelzer (2016) a transição de ficar só depois da perda do cônjuge torna os idosos mais suscetíveis à perda de contacto social e, conseqüentemente, à depressão, pois, do ponto de vista vivencial, o idoso está numa situação de perdas continuadas. Estas perdas despertam, muitas vezes, sentimentos de desânimo e tristeza que acabam por originar sintomas depressivos, e o viver sozinho está tendencialmente associado a essas perdas. Considera-se que existe uma perda cada vez que uma situação é vivenciada como um insucesso, uma variação, uma separação, uma privação, afetando o *status* do indivíduo, os seus papéis, os seus objetivos ou os seus sonhos e ilusões. Como resultado dessas perdas, o idoso é, não raras vezes, obrigado a escolher entre morar sozinho ou viver em instituições, optando, muitas vezes, pela primeira. Nesse sentido, os idosos viúvos e divorciados merecem particular atenção em razão da maior prevalência de sintomas depressivos (Semedo, Ventura, Paula, Silva, & Pelzer, 2016).

Tendo em consideração o resultado dos estudos apresentados, conclui-se que viver só é um fator preditor de depressão e, nesse sentido, devem ser privilegiado um incentivo à criação e manutenção das relações sociais como forma de contrariar esta tendência. De acordo com um estudo realizado por Teston, Carreira e Marcon (2014) apesar da oferta de atividades que promovem as relações sociais pelas instituições de permanência de idosos, evidenciou-se que os idosos com depressão são justamente aqueles que, por si só, não participam nas atividades; nesse sentido, não reforçam os relacionamentos sociais nem o estabelecimento de vínculos. Assim, é importante que os profissionais identifiquem precocemente estes idosos e desenvolvam estratégias de fortalecimento das relações, com o objetivo de impedir a evolução do quadro e contribuir para a promoção da sua saúde mental e qualidade de vida.

No que diz respeito à saúde, verificamos que 34.3% dos indivíduos com relevância sintomatológica de depressão avaliam a sua saúde negativamente. Tal seria expectável, uma vez que sabemos que os estados depressivos influenciam negativamente o humor e a percepção da realidade e do quotidiano. Os idosos que avaliam negativamente a sua saúde veem aumentado em 68.8% a possibilidade de desenvolver depressão. No que respeita a esta perturbação, a perda de capacidades funcionais está diretamente relacionada com a avaliação

negativa do estado de saúde que, por sua vez, está diretamente relacionada com o aparecimento da depressão. Além disso, o aparecimento de doenças crónicas é destacado como um dos fatores que influencia a presença de sintomatologia depressiva nos idosos, tal como a diabetes e a hipertensão. A dificuldade em ver aumenta a chance de desenvolver depressão em 69.1%, face a quem não refere esta dificuldade. São 68.5% os idosos da amostra considerada que referem ter problemas ao nível visual. As dificuldades visuais relacionam-se predominantemente com doenças oftálmicas. Além das modificações oculares provocadas pela idade como o declínio da acuidade visual e perda no campo visual, algumas doenças como cataratas, glaucoma e diabetes podem ampliar os danos da visão. Os problemas visuais levam, por exemplo, à perda de capacidades funcionais na realização das atividades de vida diária. Tal perda constitui um fator de elevada importância na vida dos idosos, na medida em que, com essa perda, se veem reduzidos os contactos sociais (Almeida, Caromano, Ribeiro, & Batista, 2016), o que leva, inevitavelmente, a uma situação de risco de isolamento.

Uma vez abordado o tema da funcionalidade, interessa-nos mencionar que as dificuldades de mobilidade elevam em 2.2 vezes a hipótese de desenvolver sintomatologia depressiva, por comparação a quem não apresenta este tipo de dificuldade. As dificuldades de mobilidade encontram-se diretamente associadas à realização das atividades do quotidiano, e um bom nível de funcionalidade é muitas vezes relatado pelos idosos como sinónimo de qualidade de vida (de acordo com os testemunhos dos inquiridos). Maus níveis de funcionalidade surgem, ainda, relacionados com a perceção negativa do estado de saúde e com sintomas de depressão, como se pode verificar no estudo realizado por Pagotto, Silva, Pereira e Santos (2016). A relação entre o nível de funcionalidade e de independência nas Atividades Básicas de Vida Diária e a depressão indica que os idosos independentes são os que se encontram menos predispostos a desenvolver a sintomatologia (Semedo, Ventura, Paula, Silva, & Pelzer, 2016). A perda de mobilidade e consequente capacidade funcional são capazes de gerar *stress* e emoções negativas no indivíduo, diminuição do interesse em atividades físicas e na participação social. Deste modo, a manutenção de níveis de funcionalidade satisfatórios contribui deve ser objeto de intervenção por parte dos profissionais que trabalham com esta população. Na verdade, Freitas et al. (2017) e Teston, Carreira e Marcon (2014) identificam estes fatores como essenciais na prevenção de síndromes depressivos.

Ao atentarmos nos dados relativos à frequência de contactos, verificamos que a chance de ter sintomatologia depressiva é 62.5% mais elevada nos idosos que apenas contam com contactos frequentes com outros familiares que não filhos e netos. Tal poder-se-á justificar pelo

facto de os idosos preferirem ter contactos mais próximos com os seus familiares mais significativos. Quando isto não acontece, os idosos sentem-se, muito provavelmente, menos amparados, pois os seus significativos, de quem sentem mais falta, não os contactam com a frequência desejada. Se a esta situação somarmos a viuvez e/ou a incapacidade funcional, estão, então reunidos múltiplos riscos de desenvolvimento da doença. Para Roncon, Lima e Pereira (2015), a família mais chegada continua a ser a principal fonte de apoio dos idosos, tanto a nível físico e instrumental como psicológico. Resta perceber se a frequência de contacto se manteve intacta e estável durante toda a vida, ou se se tornou mais regular devido a preocupações inerentes ao estado depressivo em que os idosos se encontram.

No seguimento das relações significativas, o presente estudo demonstra que a existência de um confidente diminui o risco de depressão em 37%. Resultados idênticos foram encontrados no Reino Unido, os quais corroboram o presente estudo, onde idosos viúvos, divorciados ou separados, a presença de eventos de vida *stressores*, ter duas ou mais doenças físicas ou nenhum relacionamento com confidentes também foram significativamente associados à depressão. Num estudo de Murphy (1982), onde foi comparada uma amostra de idosos deprimidos e idosos sem perturbação emocional da população geral, foi encontrada uma associação entre eventos graves da vida, grandes dificuldades sociais, saúde física precária e a sintomatologia depressiva; os idosos que não tinham uma relação de confiança (existência de um confidente) eram mais vulneráveis à depressão.

Por fim, apresentar valores de solidão superiores à média amplia a chance de desenvolver sintomatologia depressiva em 4.9 vezes mais. Porém, a relação entre a solidão e a depressão é já sobejamente conhecida. Portugal (2007) aponta para uma diminuição da frequência de contactos interpessoais em função do aumento da idade. No entanto, o facto de os indivíduos não manterem uma frequência de visitas/contactos forte, não significa necessariamente que estes experienciem sentimentos de solidão, uma vez que esta pode ser uma escolha do indivíduo, apesar de estudos confirmarem que as escolhas individuais podem ser condicionadas pelos contextos sociais em que estes se movem (Portugal, 2007). Conceptualizando: a solidão é um sentimento subjetivo, bem mais relacionado com a qualidade das interações sociais estabelecidas do que propriamente com a sua quantidade; acontece quando as relações existentes são pouco satisfatórias; aumenta tanto mais quanto as expectativas acerca das relações vai sendo defraudada, bem como quando se verifica uma perda de papéis, o isolamento social, a degradação do estado de saúde, etc., ou seja, quando há uma diminuição da autoestima e do bem-estar do indivíduo idoso (Fernandes, 2000).

“A solidão, o isolamento, ao significarem uma rarefação das relações sociais e um vazio afetivo, funcionam como fatores stressantes, obrigando a um esforço de superação, muitas vezes vivido através de comportamentos agressivos, de grande ansiedade ou de depressão” (Monfort, 2001, in Quaresma, 2004:46). De acordo com esta afirmação, é possível verificar-se a existência de uma correlação entre depressão, ansiedade e solidão .

Já no que respeita à ansiedade, o presente estudo indica que, no seu total, o número de casos com sintomatologia ansiosa considerada relevante é cerca de 1.5 vezes superior ao número de casos que não apresenta relevância sintomatológica de ansiedade; i.e., da amostra total, 586 indivíduos apresentam relevância sintomatológica de ansiedade (59.7%), face a 395 indivíduos que se apresentam sem relevância sintomatológica (40.2%). Estes resultados superam os obtidos por Possatto, Silva, Júnior e Rabelo (2015), onde a prevalência de ansiedade se situou nos 20.9% em idosos independentes a residir na comunidade. Também um estudo realizado na comunidade por Machado e colaboradores (2016) identifica uma prevalência de ansiedade na ordem dos 40.5% e indica a Perturbação de Ansiedade Generalizada como a perturbação mais prevalente. No entanto, como podemos verificar, a prevalência de ansiedade na população idosa de Vila Nova de Gaia distingue-se dos estudos enunciados, com percentagens superiores. De acordo com o exposto, podemos atestar que existem divergências na literatura quanto à prevalência da ansiedade em idosos, as quais poderão estar associadas aos diferentes instrumentos de diagnóstico, questões metodológicas ou diferenças culturais. Machado e colaboradores (2016) sugerem-nos que as divergências entre resultados encontram-se associadas à tipologia de região em que os idosos residem, diferenças no estilo de vida dos indivíduos ou ao amadurecimento da personalidade dos idosos, destacando ainda que a metodologia aplicada em diversos estudos poderá estar a subdiagnosticar a presença de ansiedade na população idosa.

Ainda no que concerne à ansiedade, as características testadas referentes à dimensão sociodemográfica, sugerem-nos que as possibilidades de desenvolver ansiedade são 37,6% inferiores no sexo masculino, logo, ser mulher é considerado um critério de risco, o que é corroborado pelo estudo levado a cabo por Pimenta e colaboradores (2013), cuja prevalência determinada é de 60% para o sexo feminino. Particularmente no caso das mulheres, vários estudos de prevalência sugerem percentagens mais elevadas de indivíduos do sexo feminino a sofrer desta patologia, por comparação aos indivíduos do sexo masculino, tal como os desenvolvidos por Xavier e colaboradores, (2001); Possatto, Silva, Júnior e Rabelo (2015); Minghelli, Tomé, Nunes, Neves e Simões (2013). Tal poderá estar associado a inúmeras causas

como a reduzida qualidade de vida, o que torna propício o aumento de doenças físicas e mentais entre os idosos, designadamente entre as mulheres. Os danos da ansiedade na saúde destacam-se por restringir os idosos da vida social, diminuir a independência e naturalmente afetar negativamente a qualidade de vida (Oliveira, Antunes, & Oliveira, 2017).

Apura-se ainda que pertencer ao grupo dos idosos com 65 a 74 anos é ter uma chance 66.3% superior de desenvolver sintomatologia ansiosa, sendo, também o grupo etário, um dos fatores de risco, associado ao desenvolvimento desta sintomatologia. Isto possivelmente se justifique pelo facto de terem uma vida ainda ativa, especulando-se que possam ter mais preocupações com filhos e netos ou, hipoteticamente, ainda com uma atividade profissional.

Quando nos referimos à avaliação da saúde, constatamos que a possibilidade de apresentar relevância sintomatológica de ansiedade é 87.4% mais elevada nos idosos que avaliam negativamente a sua saúde, face aos que a avaliam positivamente. Nesse contexto, o estudo produzido por Menezes-Silva e colaboradores (2016), evidencia que a avaliação negativa da saúde traz repercussões importantes à vida dos idosos, com prejuízo para as áreas cognitiva e funcional na medida em que o estado ansioso espoleta uma série de restrições ao bem-estar dos indivíduos. No que concerne aos idosos do presente estudo, aqueles que apresentam valores de solidão acima da média para a UCLA apresentam uma chance 87.9% superior de ter ansiedade relativamente aos que apresentam valores abaixo da média. Estes dados referentes ao estado emocional indicam um maior risco de isolamento social, visto que o suporte social diminui com o passar dos anos, fruto de um menor envolvimento com a vida coletiva. A relação da ansiedade com a solidão diz-nos que os indivíduos que se sentem sós desenvolvem emoções negativas relativamente à sua condição, que levam ao aumento da ansiedade; sintomas de preocupação constante são recorrentes e fruto, também, do isolamento percebido. O estudo de Kuznier, Souza, Mata e Chianca (2016) sugere que a solidão tem relacionadas medidas conceptuais, tais como o apoio social, a disposição social, a depressão, a autoestima e a satisfação com a vida; a solidão foi relacionada negativamente com medidas de personalidade e depressão. Em simultâneo, foram observadas relações negativas com medidas de autoconceito, auto-avaliação de atratividade e felicidade e relações positivas com ansiedade e timidez.

9. Implicações do estudo

A população mundial está a envelhecer, e esse é um facto inegável. De acordo com os dados emitidos pela Fundação Francisco Manuel dos Santos (2017), Portugal assume o 4º lugar no *ranking* mundial de países com maior número de pessoas idosas. Segundo as projeções para 2050, 1 em cada 3 pessoas terá mais de 65 anos, número que decairá em 2080, fruto do reduzido número de nascimentos ocorridos nas décadas anteriores, consequência da redução da população jovem (FFMS, 2018).

O Instituto Nacional de Estatística (INE) divulga um estudo recente que revela que quase metade da população portuguesa terá mais de 65 anos dentro das próximas 6 décadas (INE, 2017). Num momento em que Portugal foi classificado pela Organização Mundial de Saúde como estando no *bottom-down* na Europa no que toca ao tratamento aos seus idosos, estas notícias são alarmantes (OMS, 2011). Todavia, confirmam-se na comunicação social diariamente. Foi ainda publicado um comunicado pela Guarda Nacional Republicana (GNR), o “Censos Sénior 2017”, que dá conta de mais de 45 mil idosos sinalizados no ano passado pelo facto de viverem sozinhos ou isolados. São também conhecidos dados de 2016 que revelam que cerca de 40% da população portuguesa com mais de 65 anos se encontra sozinha durante 8 horas ou mais por dia. Isto é, quase um milhão de idosos está em situação de solidão ou isolamento, que afeta mais homens que mulheres e está, em parte, associado ao nível de escolaridade, segundo a mesma fonte (GNR, 2017).

As redes interpessoais significativas, designadamente a rede de familiares e a presença de confidentes no quotidiano de cada indivíduo, concorrem para o alargamento e coesão do capital social e familiar, decisivo nos processos de envelhecimento que, aliás, deverão ser objeto de investimento ao longo de toda a vida já que contribuem para o bem-estar ao mesmo tempo que promovem a saúde.

Oliveira e colaboradores (2018) verificaram uma associação entre as patologias crónicas e o seu impacto negativo na qualidade de vida dos idosos. A depressão é apontada como fator de risco para um prognóstico negativo de doenças crónicas, afetando a capacidade funcional e a qualidade de vida dos indivíduos. A presença de uma doença física pode contribuir para o agravamento da depressão, por meio direto na função cerebral, ou meios psicológicos e psicossociais. Assim, tanto a depressão antecipa doenças crónicas, quanto essas patologias acentuam sintomas depressivos.

Este estudo procurou alertar para alguns fatores de risco do desenvolvimento de depressão e ansiedade, comuns e frequentes entre a população mais velha. De tão comuns,

muitas vezes passam despercebidos; no entanto, podem ser decisivos na prevenção. Após a análise dos dados obtidos, concluiu-se que os idosos com maior probabilidade de desenvolver sintomatologia depressiva são aqueles que avaliam negativamente a sua saúde, os que apresentam dificuldades visuais ou de mobilidade, os que vivem sós, os que são contactados por “outros familiares” (que não filhos, netos e irmãos) com mais frequência (e, conseqüentemente, por filhos, netos e irmãos com menor frequência do que desejariam), os que não têm um confidente e os que apresentam valores de solidão superiores à média. Já quando atentamos aos dados referentes à sintomatologia ansiosa, verificamos que os idosos com maior chance de apresentar sintomatologia ansiosa são mulheres, idosos de grupos etários mais novos, com avaliação negativa da sua saúde e com solidão. Os dados gerais recordam-nos que 32.5% dos idosos inquiridos apresenta relevância sintomatológica de depressão, bem como 59.7% apresenta relevância sintomatológica de ansiedade.

Numa altura em que envelhecimento da população assume cada vez maior relevância na sociedade, pela necessidade de cuidados a prestar a esta franja da população, pela dificuldade cada vez maior das famílias em assegurá-los e pelos problemas de saúde que as doenças mentais acarretam, torna-se emergente a compreensão desses fatores para que se possa pensar em oferecer a cada indivíduo o melhor cuidado possível nas melhores condições possíveis. Neste contexto, os profissionais ligados à área do envelhecimento e saúde devem estar sensibilizados e verdadeiramente comprometidos com o desenvolvimento de cuidados que minimizem a implicação da institucionalização na saúde mental do idoso e na saúde em geral. Ou, por outro lado, contribuam para diminuir a necessidade de institucionalização, através da conceção de cuidados de natureza preventiva, interdisciplinar e comunitária que promovam nos idosos a autossuficiência e a independência necessária à realização do autocuidado em sua casa, junto dos seus, no seu ambiente habitual e familiar. Por outro lado, as instituições que recebem idosos devem pautar-se por uma organização facilitadora de implementação de medidas que minimizem o peso da institucionalização através de atividades diversificadas que exercitem as capacidades físicas e mentais dos idosos, que contribuam para prevenção da deterioração da saúde do idoso.

10. Algumas limitações

Como em todos os estudos, há várias limitações que importa identificar neste. Um primeiro prende-se com o facto de ter sido considerada uma amostra não probabilística; contudo, este facto atribui-se às limitações temporais que um projeto deste tipo impõe. No entanto, o tamanho e a homogeneidade da amostra não parecem limitativos da generalização deste estudo. Pelo contrário, a dimensão da amostra é um fator distintivo e plausível de generalização dos resultados. Um segundo aspecto prende-se com o tipo de amostra aqui utilizado: as amostras constituídas por voluntários produzem resultados tendenciosos. Podemos, portanto, considerar que outra das limitações é estarmos perante uma amostra de pessoas que respondem voluntariamente, abordadas pelo investigador, tendo por isso, este, interferência na seleção. Numa amostra aleatória a probabilidade de ser incluído era, *a priori*, igual para todos os potenciais inquiridos (que aceitassem participar no estudo). Muitas vezes, as amostras de resposta voluntária são maioritariamente constituídas por pessoas que sobrestimam o tema sobre o qual o estudo incide, ora, tal facto poderá ter implicações nos resultados, influenciando a validade dos mesmos. Assim, inferências a partir de uma amostra de resposta voluntária não são tão confiáveis como as conclusões com base numa amostra aleatória de toda a população em estudo (Freedman, 2010). Um terceiro aspeto a reconhecer foi a de que as avaliações foram feitas por diferentes investigadores, o que representa um potencial viés. No entanto, o viés potencial foi minimizado pelo seguimento de protocolo padronizado pela coordenação e restante equipa deste projeto. Apesar destas limitações, o presente estudo tem também aspetos fortes e estes devem ser evidenciados. No caso concreto, os pontos fortes são, claramente, a metodologia utilizada e a dimensão da amostra.

Bibliografia

- Almeida, M. H., Caromano, F. A., Ribeiro, S. S., & Batista, M. P. (2016). Programa de orientação com ênfase em práticas de autocuidado para motoristas idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(2), 303-311.
- Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol.14(10), 858-865.
- American Psychiatric Association. (2014). *American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual-5*. Lisboa: Climepsi.
- Apóstolo, J. L., Figueiredo, M. H., Mendes, A. C., & Rodrigues, M. A. (2011). Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, 19(2), s/n.
- Apóstolo, J. L., Loureiro, L. M., Reis, I. A., Silva, I. A., Cardoso, D. F., & Sfetcu, R. (2014). Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale -15 para a língua portuguesa . *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 65-73.
- Baldwin, R. C. (2010). *Depression in later life*. New York: Oxford University Press.
- Bandeira, M. L., Azevedo, A. B., Gomes, C. S., Tomé, L. P., Mendes, M. F., Baptista, M. I., & Moreira, M. J. (2014). *Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Barros, J. C., & Barros, M. M. (2014). Memórias de Velhos: Rememorando a Trajetória de Vida e a Sociabilidade nas Relações familiares. *Revista Kairós Gerontologia*, 17 (4), 337-358.
- Bastos, J. L., & Duquia, R. P. (2007). Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. *Scientia Medica*, vol.17(4), 229-232.
- Beyer, J. L. (2007). Managing Depression in Geriatric Populations. *Annal of Clinical Psychiatry*, Vol. 19, Issue 4, 221-238.
- Bryant, C., Jackson, H., & Ames, D. (2008). The prevalence of anxiety in older adults: Methodological issues and a review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 109(3), 233-250.
- Büchtemann, D., Lupp, M., Bramesfeld, A., & Riedel-Heller, S. (2012). Incidence of late-life depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 142, 1-3, 172-179.

- Buckley, M. R., & Lachman, V. D. (2007). Depression in older patients: recognition and treatment. *Journal of American Academy of Physician Assistants*, 20(8), 34-41.
- Byrne, G. J., & Pachana, N. A. (2011). Development and validation of a shortform of the Geriatric Anxiety Inventory - the GAI-SF. *International Psychogeriatrics*, vol. 23(1), 125-131.
- Castelo, M. S., Filho, J. M., Neto, J. I., Noleto, J. C., & Lima, J. W. (2007). Escala de Depressão Geriátrica com quatro itens: um instrumento válido para rastrear depressão em idosos em nível primário de saúde. *Geriatrics e Gerontoogia*, 1(1), 28-33.
- Cully, J. A., & Stanley, M. A. (2008). Assessment and treatment of anxiety in later life. In K. Laidlaw, & B. Knight (Coord.), *Handbook of emotional disorders in later life* (pp. 233-256). New York: Oxford University Press.
- Dijk, S., Bouman, R., Lam, J., Held, R., Alphen, S., & Voshaar, R. O. (2018). Outcome of day treatment for older adults with affective disorders: an observational pre-post design of two transdiagnostic approaches. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(3), 510-516.
- Dourado, D. M., Rolim, J. A., Ahnerth, N. M., Gonzaga, N. M., & Batista, E. C. (2018). Ansiedade e depressão em cuidador familiar de pessoa com transtorno mental. *ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 8(1), 153-167.
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto editora.
- Ferreira, V. (1999). O inquérito por questionário na construção de dados sociológicos. In A. S. Silva, & J. M. Pinto (Coord.), *Metodologia das Ciências Sociais* (pp. 165-196). Porto: Afrontamento.
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363-389.
- Fontes, A. P., & Neri, A. L. (2015). Resiliência e velhice: revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5), 1475-1495.
- Forlani, C., Morri, M., Ferrari, B., Dalmonte, E., Menchetti, M., Ronchi, D. D., & Atti, A. R. (2014). Prevalence and Gender Differences in Later-Life Depression: A Population-Based Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(4), 370-380.
- Frade, J., Barbosa, P., Cardoso, S., & Nunes, C. (2015). Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(4), 41-49.
- Freedman, D. A. (2010). *Statistical Model and Causal Inference: a Dialogue with the Social Sciences*. Berkeley, California: Cambridge University Press.

- Freitas, V., Melo, C. C., Leopoldino, A., Boletini, T., & Noce, F. (2017). Influência do nível de atividade física e da mobilidade sobre o estresse emocional em idosos comunitários. *Revista de Psicología del Deporte*, 27(1), 75-81.
- Garrard, J., Rolnick, S. J., Nitz, N. M., Luepke, L., Jackson, J., Fischer, L. R., . . . Waller, L. A. (1998). Clinical Detection of Depression Among Community-Based Elderly People With Self-Reported Symptoms of Depression. *The Journals of Gerontology: Series A*, 53(2), M92-M101.
- Gerolimatos, L. A., Gregg, J. J., & Edelstein, B. A. (2013). Assessment of anxiety in long-term care: examination of the Geriatric Anxiety Inventory (GAI) and its short form. *International Psychogeriatrics*, 25(9), 1533-1542.
- Gonçalves-Pereira, M., Cardoso, A., Verdelho, A., Silva, J. A., Almeida, M. C., Fernandes, A., . . . Xavier, M. (2016). Implementação em Portugal de um estudo de prevalência da demência e da depressão geriátrica: a metodologia 10/66 Dementia Research Group. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(2), 134-143.
- Grinberg, L. P. (2006). Depressão em idosos - desafios no diagnóstico e tratamento. *Revista Brasileira de Medicina*, s/n.
- Guedes, J. (2012). Viver num lar de idosos. Identidade em risco ou identidade riscada. Lisboa: Coisas de Ler
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hinrichsen, G. A. (2008). Interpersonal psychotherapy as a treatment for late-life depression. In K. Laidlaw, & B. Knight (Coord.), *Handbook of emotional disorders in later life* (pp. 141-164). New York: Oxford University Press.
- Hosmer, J. D. W., Lemeshow, S., & Sturdivant, R. X. (2013). *Applied Logistic Regression*. New York: John Wiley & Sons.
- INE. (2014). *Projeções da População Residente, 2012-2060*. Lisboa: INE.
- INE. (2015). *Dia Mundial da População*. Lisboa: INE.
- INE. (2017). *Projeções de População Residente, 2015-2080*. Lisboa: INE.
- Janela, A. M. (2012). *Sintomatologia depressiva, ideação suicida e envelhecimento ativo: Um estudo na cidade da Covilhã*. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior. Covilhã, Portugal.

- Kuznier, T. P., Souza, C. C., Mata, L. R., & Chianca, T. C. (2016). Propriedades psicométricas da escala de solidão da UCLA: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 6(2), 2271-2281.
- Lentsck, M. H., Schoereder, E. P., Prezotto, K. H., & Mathias, T. A. (2015). Prevalência de sintomas depressivos e sinais de demência em idosos na comunidade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 17(3), 1-9.
- Lima, Â. M., Silva, H. S., & Galhardoni, R. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 12(27), 795-807.
- Machado, M. B., Ignácio, Z. M., Jornada, L. K., Réus, G. Z., Abelaira, H. M., Arent, C. O., . . . Quevedo, J. (2016). Prevalência de transtornos ansiosos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. *J Bras Psiquiatr*, 65(1), 28-35.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. Pêro Pinheiro: ReportNumber
- Martins, R. M. (2008). A depressão no idoso. *Millenium. Journal of Education, Technologies, and Health*, 34(13), 119-123.
- Medeiros, J., Fernandes, L., & Coelho, R. (2010). *Depressão no idoso*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto, Portugal.
- Menezes-Silva, R., Oliveira, D. W., Biscaro, P. C., Orti, N. P., Sá-Pinto, A. C., & Ramos-Jorge, M. L. (2016). Inquérito epidemiológico em população idosa (parte II): saúde bucal, ansiedade, depressão, estresse e uso de medicamentos. *Scientia Medica*, 26(1), 2-8.
- Minghelli, B., Tomé, B., Nunes, C., Neves, A., & Simões, C. (2013). Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. *Rev. Psic. Clín.*, 40(2), 71-76.
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Murphy, E. (1982). Social Origins of Depression in Old Age. *The British Journal of Psychiatry*, 141(2), 135-142.
- Neto, F. (2014). Psychometric analysis of the short-form UCLA Loneliness Scale (ULS-6) in older adults. *Eur J Ageing*, 11, 313-319.
- Nóbrega, I. R., Leal, M. C., Marques, A. P., & Vieira, J. d. (2015). Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. *Saúde debate*, 39(105), 536-550.

- Oliveira, D. V., Antunes, M. D., & Oliveira, J. F. (2017). Ansiedade e sua relação com a qualidade de vida em idosos: revisão narrativa. *Cinergis*, 18(4), 316-322.
- Oliveira, J. M., Vera, I., Lucchese, R., Silva, G. C., Tomé, E. M., & Elias, R. A. (2018). Envelhecimento, saúde mental e suicídio: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(4), 503-515.
- Oliveira, K. L., Santos, A. A., Cruvinel, M., & Néri, A. L. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em estudo*, 11(2), 351-359.
- Oliveira, M. F., Bezerra, V. P., Silva, A. O., Alves, M. d., Moreira, M. A., & Caldas, C. P. (2012). Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2191-2198.
- OMS. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: OMS.
- OMS. (2011). *Relatório de prevenção contra os maus tratos a idosos*. Lisboa: OMS
- Pachana, N. A., & Byrne, G. J. (2012). The Geriatric Anxiety Inventory: international use and future directions . *Australian Psychologist*, 47, 33-38.
- Pagotto, V., Silva, V. A., Pereira, L. v., & Santos, D. P. (2016). Comparação da funcionalidade de idosos residentes em duas modalidades institucionais. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 18, 1-10.
- Palma, W. I., & Galaz, M. M. (2018). Factores predictores del bienestar subjetivo en adultos mayores . *Revista de Psicología*, 36(1), 9-48.
- Pardal, A., Espírito-Santo, H., Lemos, L., Matreno, J., Amaro, H., Guadalupe, S., . . . Gonçalves, R. (2013). *Social suport, mental health, and satisfaction with life in institutionalized elderly*. Coimbra: CEPS. Instituto Superior Miguel Torga.
- Pimenta, V. A., Barbosa, C. d., Gonçalves, C., Cardoso, G. d., Brumano, G., & Brandi, M. T. (2013). Ansiedade, depressão e qualidade de vida em idosos. *Anais V SIMPAC*, 183-186.
- Pinho, M. X., Custódio, O., & Markdisse, M. (2009). Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 12(1), 123-140.
- Porcu, M., Scantamburlo, V. M., Albrecht, N. R., Silva, S. P., Vallim, F. L., Araújo, C. R., . . . Faiola, R. V. (2002). Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. *Acta Scientiarum*, 24(3), 713-717.

- Portugal, S. (2007). Contributos para uma discussão do conceito de rede na teoria sociológica. *Oficina do CES*, 271, 1-35.
- Possatto, J., Silva, L., Júnior, R., & Rabelo, D. (2015). Ansiedade e depressão em idosos: associações com idade, sexo e capacidade funcional. *Anais CIEH*, 2(1), s/n.
- Quaresma, M. (2004). Interrogar a dependência. In M. Quaresma (Coord.), *O sentido das idades da vida: Interrogar a solidão e a dependência* (pp. 37-50). Lisboa: Cesdet Edições.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2013). *Manual de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Roncon, J., Lima, S., & Pereira, M. (2015). Qualidade de vida, morbilidade psicológica e stress familiar em idosos residentes na comunidade. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 31(1), 87-96.
- Rosa, M. J. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rozzini, L., Chilovi, B. V., Peli, M., Conti, M., Rozzini, R., Trabucchi, M., & Padovani, A. (2009). Anxiety symptoms in mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(3), 300-305.
- Semedo, D. C., Ventura, J., Paula, S. F., Silva, M. R., & Pelzer, M. T. (2016). Fatores associados a depressão e os cuidados de enfermagem no idoso. *Revista de Enfermagem*, 12(12), 101-113.
- Shah, A., Phongsathorn, V., Bielawska, C., & Katona, C. (1996). Screening for depression among geriatric inpatients with short version of the geriatric depression scale. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(10), 915-918.
- Silva, R. M., Goulart, C. T., & Guido, L. (2018). Evolução histórica do conceito de estresse. *Revista Científica Sena Aires*, 7(2), 148-156.
- Sousa, M., Nunes, A., Guimarães, A. I., Cabrita, J. M., Cavadas, L. F., & Alves, N. F. (2010). Depressão em idosos: prevalência e fatores associados. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 26(4), 384-391.
- Teston, E. F., Carreira, L., & Marcon, S. S. (2014). Sintomas depressivos em idosos: comparação entre residentes em condomínio específico para idoso e na comunidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(3), 450-456.
- Tomazzoni, T. Z. (2013). Escitalopram no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada (TAG). *RBM Neuripsiquiatria*, 5(70), 29-31.

- Varela, A., Pereira, A., Pereira, A., & Santos, J. C. (2017). Distress psicológico: contributos para a adaptação portuguesa do SQ-48. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 18(2), 278-296.
- Vaz, S. F., & Gaspar, N. M. (2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(4), 49-58.
- Veloso, E. (2011). *Vidas depois da reforma*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Whooley, M. A., Stone, B., & Soghikien, K. (2000). Randomized trial of case-finding for depression in elderly primary care patients . *Journal of General Internal Medicine*, 15(5), 293-300.
- Xavier, F., Ferraz, M., Trenti, C., Argimon, I., Bertollucci, P., Poyares, D., & Moriguchi, E. (2001). Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais. *Revista Saúde Pública*, 35(3), 294-302.
- Yaka, E., Keskinoglu, P., Ucku, R., Yener, G. G., & Tunca, Z. (2014). Prevalence and risk factors of depression among community dwelling elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 59(1), 150-154.

Webgrafia

- Eurostat. (29 de março de 2018). *Web Site de Eurostat*. Obtido de Eurostat - statistics explained: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Population_age_structure_by_major_age_groups,_2004_and_2014_\(%25_of_the_total_population\)_YB15.png&oldid=245529](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Population_age_structure_by_major_age_groups,_2004_and_2014_(%25_of_the_total_population)_YB15.png&oldid=245529)
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (22 de setembro de 2018). *Portugal, um país a envelhecer*. Obtido de Fundação Francisco Manuel dos Santos: <https://fronteirasxxi.pt/wp-content/uploads/2017/10/INFOGRAFIA-ENVELHECIMENTO.pdf>
- GNR. (22 de setembro de 2018). *Comunicado Censos Sénior 2017. Resultados*. <http://www.gnr.pt/comunicado.aspx?linha=4206>
- visitarportugal.pt. (22 de setembro de 2018). *Mapa do concelho de Vila Nova de Gaia*. Obtido de visitarportugal.pt . <https://www.visitarportugal.pt/distritos/d-porto/c-vila-nova-gaia>

APÊNDICES

APÊNDICE 1

APÊNDICE 2